



X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.

Andreia Maria Guerreiro Lima da Cunha

Janeiro, 2017



**Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação
às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital
Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob orientação científica:

Professora Dra. Ana Escoval e Dra. Rute Simões Ribeiro

Janeiro, 2017

Agradecimentos

Nesta fase importante da minha formação, apresento os mais sinceros agradecimentos a algumas pessoas, que foram determinantes neste meu percurso:

- À Prof. Dr.^a Ana Escoval e Dr.^a Rute Ribeiro, pela disponibilidade e prontidão com que aceitaram orientar deste trabalho, pela confiança, esclarecimento de dúvidas, partilha de conhecimentos, incentivos, críticas e exigência que sempre manifestaram e pela atenção dedicada ao desenvolvimento do mesmo.

- A todos os profissionais que se disponibilizaram a participar no estudo, não poderia deixar de expressar a minha gratidão pela colaboração e sem a qual o presente trabalho não seria possível.

- Um agradecimento muito sincero aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho pelo apoio incondicional, compreensão e motivação.

Resumo: O envelhecimento da população, o aumento das situações de dependência, doenças crónicas ou terminal e carência social induziram novas necessidades sociais e de saúde que requerem respostas integradas entre os vários níveis de cuidados, que respondam à procura de cuidados de saúde e apoio social e, simultaneamente, demonstrem uma gestão eficiente de recursos, uma melhoria da qualidade e acesso a cuidados adequados. Esta realidade determinou a criação de modelos de cuidados continuados integrados, as recomendações convergem no desenvolvimento de modelos com respostas de saúde e apoio social com aproximação aos cuidados domiciliários, pois são soluções mais custo-efetivas e baseiam-se nos princípios da proximidade e integração de cuidados. Perante esta realidade os profissionais de saúde assumem uma responsabilidade na articulação e integração de cuidados adequadas às necessidades da população, o que torna especialmente importante a sua consciencialização e formação, no âmbito dos circuitos de sinalização e referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Objetivos: Identificar os constrangimentos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, descritos pelos profissionais do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Metodologia: Estudo exploratório descritivo de metodologia qualitativa com recurso a entrevistas aos profissionais que participam diretamente no processo de sinalização e referenciação às ECCI.

Resultados: Os principais constrangimentos identificados foram: pouca divulgação sobre as ECCI; critérios de inclusão pouco explícitos; falta de formação dos profissionais; ausência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias, demora no tempo de resposta e assimetrias entre as ECCI. Como sugestões de melhoria aos processos: formação de equipas; melhorar a comunicação entre os profissionais; melhorar os registos no processo clínico eletrónico e melhorar o sistema de tecnologia e informação com ferramentas que apoiem a tomada de decisão.

Conclusões: A insuficiente resposta ao nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social conjugado, com impacto inesperado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na demora média hospitalar, tem como consequências os internamentos prolongados e desnecessários afetando a eficiência hospitalar, tornando-se imperativo aumentar a resposta nas ECCI. A formação, divulgação das ECCI, comunicação e trabalho em equipa são fundamentais no processo de sinalização e referenciação para as ECCI.

Palavras-chaves: RNCCI, ECCI, constrangimentos, sinalização, referenciação, integração e articulação de cuidados.

Abstract: The aging of the population, increased situations of incapacity and dependence, situations of chronic disease or terminal illness and situations of social deprivation created new social and health needs that require integrated responses among the various levels of care that can respond to growth provision of care and at the same time demonstrate efficient management of resources, improve the quality of care and promote access to appropriate care. This reality has determined the need to create long-term care, international recommendations converge in the development of models of continuing care with health care and social support with approach to home care, since they are more cost-effective solutions and are based on the principles proximity and integration of care. Faced this reality, health professionals assume a responsibility in the articulation and integration of care and develop interventions appropriate to the needs of the population, which makes especially important their awareness and training in the circuits of signaling and referral to home care.

Objective: Identify the constraints in the signaling and referral process for domiciliary teams of integrated continuous care (ECCI) described by professionals in Prof. Doctor Fernando Fonseca Hospital.

Methodology: Descriptive exploratory study of qualitative methodology using interviews with health professionals who participate directly in the process of signaling and referral to domiciliary teams of integrated continuous care.

Results: The main constraints identified were: little disclosure about domiciliary teams of integrated continuous care; inclusion criteria; lack of professional training; lack of planning of discharge, signs and delayed references, the delay in the time of response of domiciliary teams of integrated continuous care and asymmetries between them. As suggestions for improving processes: team building; improved communication between professionals; improved records in the electronic clinical process and improved the technology and information system with tools to support decision.

Conclusions: The insufficient response to the intermediate level of health care and social support combined with the unexpected impact of the National Network for Integrated Continuous Care on the average hospital delay results in prolonged and unnecessary hospitalizations, making it imperative to increase the response in home care. The training, dissemination of domiciliary teams of integrated continuous care, communication and teamwork are fundamental in the signaling and referral process for domiciliary teams of integrated continuous care.

Keywords: National Network for Integrated Continuous Care Portugal (RNCCI), domiciliary teams of integrated continuous care (ECCI), constraints, signaling and referral process, integration and articulation of health care.

ÍNDICE

Introdução	1
Parte 1 – Enquadramento Teórico.....	3
1.1. O envelhecimento	3
1.1.1. Envelhecimento no Concelho de Amadora e Sintra	4
1.1.2. O envelhecimento e a mudança no perfil da procura de cuidados de saúde	6
1.2. Necessidade de cuidados continuados integrados	8
1.2.1. Definição de Cuidados Continuados Integrados.....	10
1.3. Impacto na eficiência hospitalar dos modelos de cuidados continuados Integrados	14
1.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados	22
1.4.1. Enquadramento da RNCCI	22
1.4.2. Criação e implementação da RNCCI.....	25
1.4.3. Missão e objetivos da RNCCI	27
1.4.4. Modelo de gestão e coordenação da RNCCI	28
1.4.5. Tipologias de cuidados na RNCCI	32
1.4.6. Processo de sinalização, referenciação e admissão na RNCCI	36
1.5. Impacto da RNCCI na eficiência hospitalar	40
1.5.1. Impacto da RNCCI na eficiência hospital e principais resultados da implementação da RNCCI	41
Parte 2 – Metodologia	48
2.1. Metodologia	48
2.1.1. Contexto do estudo	48
2.1.2. Questão de Investigação	48
2.1.3. Objetivos do Estudo	48
2.1.3.1. Objetivo Geral	48
2.1.3.2. Objetivos Específicos	49
2.1.4. Desenho e metodologia do estudo	49
2.1.5. Fase exploratória	50
2.1.6. Local do trabalho de investigação	50
2.1.7. Caracterização dos participantes do estudo	51
2.1.8. Método de recolha de dados	51
2.1.9. Análise e tratamento dos dados recolhidos	52
2.1.10. Considerações Éticas	52
Parte 3 – Resultados	54

3.1.	Apresentação dos resultados	54
3.1.1.	Caracterização das referências e perfil de referências da EGA do HFF para a RNCCI desde 2007 até 2015.	54
3.1.2.	Caracterização das referências para as ECCI da EGA do HFF de 2011 até 2015.	57
3.1.3.	Identificação dos principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI, no HFF.	59
3.1.4.	Identificação de possíveis soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI, no HFF.	62
Parte 4 –	Discussão	63
4.1.	Discussão dos Resultados	63
4.1.1.	Caracterização do perfil de referências da EGA do HFF para a RNCCI e ECCI... ..	63
4.1.2.	Principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI e possíveis soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos.....	67
Parte 5 –	Conclusões	72
Parte 6 –	Referências Bibliográficas.....	74
Anexos		83
Anexo 1 –	Guião das entrevistas.....	84
Anexo 2 -	Parecer da Comissão de Ética do HFF	86
Anexo 3 -	Consentimento informados das entrevistas	88
Anexo 4 -	Tabela dos resultados totais da análise de conteúdo das entrevistas e identificação das categorias, subcategorias e unidades de registo.....	89

Índice de tabelas

Tabela 1 - Principais características dos cuidados continuados nos diferentes países	13
Tabela 2 - Número total de doentes referenciados para RNCCI (2007-2015) pela EGA.....	54
Tabela 3 - Tempo médio de resposta da RNCCI (dias) por tipologia (2007-2015).....	58
Tabela 4 - Identificação das categorias e subcategorias encontradas	60

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de coordenação da RNCCI.....	30
Figura 2 – Principais competências das ECR.....	31
Figura 3 - Principais competências das ECL.....	31
Figura 4 - Tipologias de resposta da RNCCI	36
Figura 5 - Processo de sinalização e referenciação - proveniência do hospital e comunidade....	38

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição das referenciações para RNCCI (2007-2015)	56
Gráfico 2 - Número total de doentes referenciados às ECCI	57
Gráfico 3 - Tempo médio de resposta da RNCCI (dias) 2007-2015.....	59

Lista Abreviaturas

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diárias

CARMEN – *Care and Management of Services for Older People in Europe Network*

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CE – Comissão Europeia

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

E.P.E - Entidades Públicas Empresariais

ECCL – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas Coordenação Local

ECR – Equipas Coordenação Regional

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipas de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ENSP – UNL – Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HFF – Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

INE – Instituto Nacional de Estatística

LTC – *Long Term Care*

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

NHS - *National Health Service*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PACE - *Program of All inclusive Care for the Elderly*

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI ou Rede - Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RP – Relatório Primavera

RSI – Rendimento Social de Inserção

SICO - Sistema de Informação dos Certificados de Óbitos

SIPA - Sistema Integrado para Pessoas Idosas Vulneráveis

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidades de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDPA – Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia

UE – União Europeia

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Locais de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuadas Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiares

USP - Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação pretende identificar os constrangimentos identificados pelos profissionais de saúde no processo de sinalização e referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), concretamente os assistentes sociais, enfermeiros e médicos dos serviços de internamento e equipa de gestão de altas (EGA), do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE. (HFF).

O aumento tendencial da população idosa aponta para cenários complexos para as organizações de saúde, como o aumento da prevalência de doenças crónicas, de evolução prolongada e com elevado grau de incapacidade e dependência e, simultaneamente a diminuição da participação das famílias nos cuidados, o aumento das pessoas que vivem sozinhas e expectativas mais elevadas e exigentes por parte dos utentes/cuidadores, impõe a prioridade de criar novas intervenções que visem dar respostas ajustadas às necessidades de saúde e sociais que promovam a autonomia, a funcionalidade e a autodeterminação do doente, reduzindo, evitando ou adiando o internamento (Escoval *et al.*, 2011).

Segundo Cabral (2010) o prolongamento do tempo de internamento para além do necessário é um dos principais problemas de eficiência e qualidade na área hospitalar em Portugal. A fraca integração de cuidados primários, secundários e terciários resultam em ineficiência e afetam a qualidade, causando perturbações desnecessárias aos utentes/familiares.

A integração de cuidados promove a eficiência dos recursos hospitalares existentes, reduzindo a permanência desnecessária nos serviços hospitalares agudos de utentes que não necessitem desses cuidados, mas sim de cuidados continuados, aumentando desta forma a eficiência dos serviços e a disponibilização de camas nos hospitais (UMCCI, 2009; OPSS, 2011).

Face ao enquadramento exposto, foi criada em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), pelo Decreto-lei (DL) nº 101/2006, de 6 de Junho. Este novo modelo de prestação de Cuidados Continuados Integrados (CCI) posiciona-se num nível intermédio do sistema de saúde, entre os cuidados de saúde hospital (CSH) e os cuidados de saúde primários (CSP). A sua criação resulta da crescente necessidade de cuidados continuados de saúde e sociais, decorrentes, essencialmente, do envelhecimento da população e do aumento das situações de dependência e incapacidade, procurando igualmente responder ao aumento de situações de doença terminal e de fim de vida.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é necessário desenvolver a articulação com os hospitais e com a RNCCI, de modo a assegurar-se uma efetiva continuidade de cuidados e agilizar o processo de referenciação para a RNCCI (OPSS, 2009).

Partindo do pressuposto que um processo de sinalização e referenciação para as ECCI adequado, atempado e funcional, aumenta a qualidade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, a satisfação dos utentes/cuidadores e dos profissionais de saúde, promovendo a articulação e integração CSP e CSH.

A articulação entre os diferentes níveis do sistema permite assegurar a continuidade de cuidados e a mobilidade/transferência dos utentes para respostas mais adequadas ao seu estado de saúde, e é considerado um fator crítico de sucesso para o desempenho dos sistemas de saúde (OPSS, 2011).

As respostas dos CCI apresentam-se como soluções mais custo-efetivas com maior racionalização dos recursos existentes que procuram concretizar os princípios da proximidade e da intervenção articulada e integrada na prestação de cuidados e, traduz uma melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utente (OPSS, 2009).

A escolha deste trabalho surge da necessidade de compreender quais as dificuldades descritas pelos profissionais que intervêm no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, aspirando que as conclusões facilitem a criação de iniciativas de integração e permitam uma sinalização e referenciação ajustada às necessidades dos utentes, melhorando os níveis de acesso, eficiência e efetividade dos cuidados prestados.

O presente trabalho encontra-se dividido em 5 capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico, onde é abordado sucintamente o tema do envelhecimento e a sua contribuição para a mudança de paradigma na procura de cuidados de saúde, a necessidade de CCI e a sua definição. Segue-se uma revisão da literatura que procura enquadrar os CCI como elementos estruturantes ao desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados. Ainda neste capítulo, será abordado o estado de arte sobre o impacto dos CCI na eficiência hospitalar, a nível internacional e nacional e as recomendações para a melhoria do processo de referenciação para RNCCI. No segundo capítulo descreve-se a metodologia utilizada no estudo. No terceiro capítulo encontram-se os principais resultados e, no quarto capítulo apresenta-se a discussão dos mesmos, de acordo com evidência científica e estado de arte. Por fim no quinto capítulo emergem as principais conclusões do estudo realizado.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é um fenómeno que preocupa os sistemas de saúde e os decisores políticos, com consequência na mudança das políticas públicas sociais e de saúde, pois tem implicações quer a nível da saúde, sociais e económicas (OPSS, 2012).

O envelhecimento da população é uma tendência de longo prazo que começou há várias décadas na Europa. Desta forma importa analisar o seu impacto e consequências nas próximas décadas. Com as taxas de natalidade mais baixas e aumento da esperança média de vida, surgem alterações na pirâmide demográfica da União Europeia (UE). A inversão da pirâmide etária ocorre, sobretudo, devido a melhorias a nível da saúde, aumento da esperança média de vida, migração e a uma menor taxa de natalidade (Nazareth, 2009). Outro aspeto que importa observar é o próprio envelhecimento da população idosa, que segundo os dados estatísticos do Eurostat (2014) está a crescer a um ritmo mais rápido do que qualquer outro grupo etário, estimando-se que a percentagem de pessoas com idades compreendidas entre 80 anos ou mais duplique entre 2014 e 2080 o que tem contribuído para o aumento do número de pessoas que estão numa situação de dependência.

A percentagem da população com 65 anos ou mais, também aumentou na última década, verificando-se um aumento global de 2,1% representando cerca de 18,5% da população, e por outro lado, a população com idade inferior a 15 anos a nível europeu diminuiu 1% (Eurostat, 2014).

A idade média¹ na UE aumentou 0,3 anos por ano durante a última década, passando de 39,2 anos em 2004 para 42,2 anos em 2014. Em Portugal, verificou-se um aumento 4,0 anos na idade média da população na última década (Eurostat, 2014).

Projeções populacionais durante o período de 2012 a 2060 estimam que a população com 65 anos ou mais representará aproximadamente 28,7% da população em 2060, em comparação com os atuais 18,5%. O índice de dependência de idosos² em 2014 situa-se nos 28,1%, em comparação com o ano de 2004 que era de 24,3%, prevendo-se o aumento para 51,0% em 2060 (INE, 2014).

Em Portugal o envelhecimento populacional é muito acentuado e há uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência (CENSOS, 2011).

¹ Idade média da população corresponde à média da idade de todos os membros da população.

² Índice de dependência de idosos define-se como o quociente entre indivíduos entre os 65 ou mais anos de idade e os indivíduos entre os 15 e os 64 anos de idade, isto é, relaciona a população idosa e a população em idade ativa.

Estima-se que cerca de 110.355 pessoas são dependentes no autocuidado no domicílio, sendo que destas, 48 454 são pessoas totalmente dependentes “acamadas”, estimativa realizada com base no Censos 2011, nos trabalhos de Costa (2013) e de Parente (2015) citado no Relatório Primavera (OPSS, 2015).

Em Portugal, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população idosa representava em 2015, cerca de 17,9% do total da população, sendo que 8,4% dos indivíduos têm 75 ou mais anos. Segundo os Censos (2011), em Portugal existem 2 010 064 de indivíduos com 65 anos ou mais de idade. O índice de envelhecimento³ de Portugal, situa-se nos 138,6, sendo que no ano 2001, era de 101,6. O INE estima ainda que a proporção da população idosa aumentará para os 31,3% até ao ano 2048, agravando-se assim o processo de envelhecimento, com um índice de envelhecimento estimado em 240 idosos por cada 100 jovens. Em Portugal o índice de dependência de idosos em 2014 situa-se nos 30,7%.

1.1.1. Envelhecimento no Concelho de Amadora e Sintra

Uma vez que o presente trabalho foi desenvolvido no HFF, apresenta-se sumariamente alguns dados demográficos dos concelhos das áreas de influência, nomeadamente os concelhos de Amadora e Sintra.

O contexto demográfico do concelho da Amadora traduz-se, nos últimos anos, na perda de população residente e no seu envelhecimento, consequência da conjugação de fatores socioeconómicos. A expressividade da população idosa no total da população residente tem vindo a aumentar significativamente, consequência do alargamento e desenvolvimento de novos e melhores cuidados de saúde, elementos favorecedores do aumento progressivo da esperança média de vida e de uma maior longevidade. Este concelho, nos últimos 20 anos, sofreu uma redução populacional na ordem dos 3%, correspondendo em termos absolutos a uma perda de 6216 residentes (Tavares *et al.*, 2011).

Segundo os Censos (2011), residem no concelho cerca de 175 558 habitantes, dos quais 19% com idade igual ou superior a 65 anos e 42% com mais de 75 anos. Paralelamente, verifica-se que a expressividade da população jovem no total da população ronda os 15%, observando-se a tendência demográfica de duplo envelhecimento da pirâmide etária do concelho.

³ Índice de Envelhecimento: relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.

A expressividade da população idosa no total da população residente, efeito da melhoria das condições de vida, aliadas aos progressos técnicos na área da saúde, impulsionou a mudança de paradigma sociodemográfico e de saúde. É necessário repensar o envelhecimento de modo a promover qualidade de vida e bem-estar a essa população. Os jovens (0-14 anos) representavam 15% do total da população e os idosos (65 anos ou mais) 19%, o que significa que por cada 100 jovens existam 121,5 idosos residentes no concelho. Estes dados são confirmados quando analisado o índice de dependência de idosos e de jovens, 28,1 e 22,2 respetivamente, o que significa que por cada 100 habitantes em idade ativa existiam mais idosos dependentes do que jovens, aumentando o encargo com a população idosa (Tavares *et al.*, 2011).

Para além do progressivo envelhecimento da população, verificou-se também um aumento do número de habitantes com idade superior a 75 anos. Em 2011, a população com mais de 65 anos representava 19% da população residente, dos quais 42% tinha idade superior a 75 anos. Verifica-se que por cada 100 indivíduos com 65 ou mais anos, 42 tinham mais de 75 anos. O envelhecimento da população faz-se sentir em todo o território, sendo a população idosa o segmento da população que maiores preocupações suscita ao nível da intervenção social e de saúde desenvolvida a nível local (Tavares *et al.*, 2011).

A distribuição etária da população é sobreponível à população nacional sendo patente o fenómeno de duplo envelhecimento, com redução do número de jovens e aumento do número de idosos: o índice de envelhecimento do concelho em 2014 era de 142,3 comparativamente a 2001, que era de 93. Da população total cerca de 24% corresponde a utentes sem médico de família atribuído (INE, 2015).

No que se refere à população do concelho de Sintra, o total de residente é de 377 835 habitantes, sendo que 186 412 (mais 5,1% que em 2001) são homens e 197 130 (mais 9,1% que em 2001) são mulheres. Relativamente ao período 2001-2011, o concelho de Sintra apresenta um crescimento populacional de 4% (Paraíso *et al.*, 2014).

A população residente de Sintra em termos de percentagem correspondem a 48% de homens e 52% de mulheres, no que respeita à estratificação por grupo etário dos 0-14 anos representa 18%, dos 15 aos 24 anos corresponde 11%, dos 25 aos 64 anos 57% e dos 65 e mais anos correspondem 14% da população residente no concelho (Paraíso *et al.*, 2014).

Este concelho apresentou um crescimento de 3,4% na população idosa, o mesmo não se verificou com a população dos 0-14 anos, que sofreu uma diminuição (-

0,5%). Porém, de acordo com dados do INE, Sintra é um dos municípios com maior percentagem de jovens (17,6%) a nível nacional.

O envelhecimento da população verificado na última década ocorreu de forma generalizada em todo o país. Em Sintra, o índice de envelhecimento passou de 56,5 idosos em 2001 para 78,4 idosos por cada 100 jovens em 2011, sofrendo um aumento de 21,9 %, mas apesar de tudo apresenta um dos índices de envelhecimento mais baixos a nível nacional. No concelho de Sintra, o índice de dependência de idosos situa-se nos 22,3, ou seja por cada 100 pessoas em idade ativa (15 a 64 anos) existem 22,3 idosos (65 anos ou mais) (Paraíso *et al.*, 2014).

1.1.2. O envelhecimento e a mudança no perfil da procura de cuidados de saúde

Uma das maiores preocupações associadas ao envelhecimento é a crescente procura de cuidados de saúde, e a capacidade e sustentabilidade do SNS para satisfazer estas necessidades, proporcionando os serviços adequados aos indivíduos/famílias que se encontram em situação de dependência (Miguel *et al.*, 2010).

As implicações do envelhecimento acarretam a necessidade de CCI, devendo este tipo de cuidados ser um dos elementos integrantes dos sistemas de saúde. A criação de modelos de CCI provoca nos sistemas de saúde uma necessidade constante de mudança e readaptação dos modelos de prestação de cuidados (OPSS, 2012).

O principal objetivo deste tipo de cuidados é manter ou recuperar a autonomia de cada indivíduo, de modo a que este alcance a melhor qualidade de vida possível, podendo ser prestados no domicílio ou a nível institucional (WHO, 2000).

O envelhecimento da população, o aumento das situações de incapacidade e dependência, o aumento de situações de doença crónicas, incurável ou terminal e situações de carência social são fatores comuns a nível europeu e mundial, e são responsáveis por uma mudança no perfil da procura de cuidados de saúde, ou seja, a procura de serviços de cuidados continuados ou cuidados de longa duração são suscetíveis de aumentar com o envelhecimento da população (Cervera *et al.*, 2010).

São fatores associados à mudança no perfil da procura de cuidados de saúde (Cervera *et al.*, 2010):

- Mudança no paradigma da saúde - diminuição das doenças agudas e aumento das doenças crónicas;
- Aumento do número de pessoas com múltiplas comorbilidades;
- Aumento da relação doença/dependência;
- Aumento de situações de dependência associadas ao envelhecimento da população;
- Degradação das redes de suporte social e comunitário: mudanças sociodemográficas;
- Mudança no perfil do doente utilizador dos serviços de saúde;
- Mudança no perfil de utilizadores de serviços sociais;
- Aumento da procura de cuidados de saúde;
- Diminuição do número de cuidadores informais.

Os modelos de CCI são perspectivados numa visão holística de *continuum* de cuidados, colocando o indivíduo e as suas necessidades de saúde no centro do sistema. A sua implementação pretende igualmente promover a eficiência dos recursos hospitalares existentes, retirando dos hospitais as situações não agudas e diminuindo a procura dos cuidados hospitalares (Shurgarman, 2010).

Em Portugal, de acordo com o reconhecimento da necessidade de CCI, surge a RNCCI, que constitui um novo nível de cuidados no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (DL nº 101/2006, de 6 de junho), com o objetivo de aumentar os níveis de eficiência dos hospitais de agudos, e orientando clinicamente os doentes para as unidades ou equipas vocacionadas para cuidados adequados, sejam estas tipologias de internamento, de base comunitária de ambulatório ou domiciliárias.

A sua criação visa responder às necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e integradas, de forma a satisfazer o crescimento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (PORTUGAL.MS. DGS, 2011).

Resumindo, o fenómeno do envelhecimento é cada vez mais expressivo, modificando as características do mercado de saúde, tanto do lado da procura como do lado da oferta. Se, pelo lado da procura, acentuam-se as institucionalizações, devido ao elevado grau de dependência funcional que caracteriza esta população e pela

incapacidade da família para prestação de cuidados ao idoso dependente, pelo lado da oferta urge criar respostas funcionais e adequadas aos doentes/cuidadores informais.

Constatando-se que a tendência é para o aumento do envelhecimento da população é incontornável aprofundar o conhecimento sobre o tipo de cuidados de saúde e sociais adequados à população idosa. Torna-se prioritário criar respostas adequadas e ajustadas à população idosa que, naturalmente, adquire necessidades inerentes ao processo de envelhecimento e que exige, cada vez mais, respostas ajustadas e integradas.

1.2. NECESSIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

As alterações demográficas, com especial destaque, o envelhecimento, desencadearam a necessidade de criação de novos modelos e estratégias em saúde, pois a forma “convencional” (em meio hospitalar) de prestação de cuidados de saúde, não responde às necessidades da população mais idosa e/ou em situação de dependência. Desta forma, é preciso garantir estratégias que respondam às demandas da sociedade e seja impulsionadora da integração dos diferentes níveis de cuidados, e que envolvam o contexto social e assistencial nos cuidados de saúde. Segundo Costa-Font *et al.* (2008) o processo de envelhecimento está intrinsecamente relacionado com o desenvolvimento de modelos de cuidados continuados e com a necessidade de integrar a dimensão social, considerando-a como indissociáveis dos cuidados de saúde.

As novas necessidades em saúde e sociais forçaram os sistemas de saúde a criar respostas inovadoras, financeiramente sustentáveis, para os diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e adequadas às diferentes circunstâncias de evolução da doença e condição social (Font *et al.*, 2008).

Reconhecida a importância que, os modelos de cuidados continuados desempenham na sustentabilidade dos sistemas de saúde, qualidade dos cuidados e combate ao desperdício de recursos, a integração dos cuidados de saúde e sociais é uma das prioridades a nível das organizações internacionais e em vários países (Comissão Europeia, 2008).

A integração dos modelos de cuidados continuados tem por base na sua criação uma mudança na (re) distribuição dos recursos de saúde de forma mais eficiente e mais adequada e ajustada às necessidades dos doentes. A inadequação ou inexistência de interfaces entre os serviços sociais e de saúde compromete a qualidade dos cuidados

e a satisfação dos utentes/familiares, sendo desta forma, uma preocupação geral entre as diferentes políticas de saúde no âmbito dos CCI (OCDE, 2005).

A Comissão Europeia (CE) (2008) refere que, no que respeita à necessidade de contenção de custos e melhoria da qualidade e eficiência, é possível obter, de forma substancial, uma maior acessibilidade e uma capacidade financeira mais elevada sem sacrificar a autonomia ou dignidade dos cidadãos, dando prioridade à prestação de cuidados no domicílio ou de base comunitária, em detrimento das tipologias de internamento. Assegurar aos cidadãos um elevado nível de proteção contra o risco de doença e dependência com respostas eficientes e sustentáveis a longo prazo, é considerada uma prioridade a nível europeu e mundial.

O *Mutual Information System on Social Protection* determinou, em conjunto com a CE (2008) que, independentemente dos contextos dos países e políticas serem muito variáveis, os modelos de cuidados continuados devem assentar em três eixos fundamentais: (i) a escolha, (ii) a qualidade e integração/coordenação de cuidados, com vista a alcançar o acesso aos cuidados, e (iii) a qualidade e a sustentabilidade deste tipo de cuidados a longo prazo.

Constata-se desta forma uma dualidade entre a necessidade de reforçar a qualidade e acesso do sistema de cuidados para pessoas idosas e a necessidade de estimular políticas de contenção de despesas públicas e medidas sustentáveis. Um dos grandes desafios da atualidade está em encontrar respostas que permitam manter um estado de equilíbrio entre estas necessidades.

Segundo as recomendações da *European Health Management*, para a integração de cuidados dirigidos à população idosa, emitidas pelo projeto, financiado pela CE, denominado *Care and Management of Services for Older People in Europe Network* (CARMEN) para a efetiva integração de cuidados é necessário:

- Desenvolver os modelos CCI e ponderar novos modelos integrados de serviços;
- Definir objetivos claros em termos de qualidade de vida e eficiência;
- Delegar responsabilidades;
- Criar sistemas de regulação;
- Atribuir incentivos e alocar recursos;
- Integrar os sistemas formais e informais;
- Delegar poder de escolha e decisão ao cidadão;
- Valorizar os cuidadores informais.

A nível internacional destacam-se algumas tendências tanto na organização, como na prestação e financiamento de CCI. As principais tendências internacionais

convergem no desenvolvimento de plataformas comuns de atuação, estabelecidas entre os serviços hospitalares e a comunidade, integração de respostas sociais e de saúde, com aproximação dos cuidados domiciliários e comunitários direcionados para o autocuidado e autogestão da doença, criação de um gestor de caso, revisão do financiamento e modalidades de pagamentos destes modelos, que englobem a remuneração dos cuidadores informais e subsídios ao utente para aquisição e gestão dos seus próprios cuidados (Escoval *et al.*, 2013).

1.2.1. Definição de Cuidados Continuados Integrados

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a CE e a Organização Mundial de Saúde (OMS) referem-se aos CCI como *“long-term care”* (LTC) ou Cuidados de Longa Duração. O *Department of Health* do Reino Unido (2009) designa de *“continuing care”*, mas existem outras denominações, como *“ongoing care”*, *“community care services”*, ou *“health and social care”*.

O conceito *“continuing care”* corresponde, segundo o *Department of Health* (2009), aos cuidados prestados num período longo de tempo a indivíduos com idade superior a 18 anos, com vista a responder às suas necessidades de saúde física e/ou mental, resultantes de incapacidade, acidente ou doença. As necessidades serão sempre complexas, múltiplas e contínuas, causadas por incapacidade, doença crónica ou na sequência de tratamento hospitalar.

A definição de *“community care services”* refere-se à acomodação residencial para pessoas que, devido a idade, doença ou dependência, necessitam de cuidados como serviços com base na comunidade e no domicílio, que permitam aos indivíduos permanecerem na comunidade.

A OMS (2002) define LTC como *“ações dirigidas a indivíduos cuja capacidade para o autocuidado está comprometida a longo prazo, necessitando estes de cuidadores formais ou informais, sejam eles profissionais de saúde ou outros”* (*Lessons for long-term policy*, 2002) excluindo a sua definição os cuidados de prevenção, tratamento de doença crónica ou de reabilitação.

Por seu lado, a OCDE (2008) designa como LTC *“os serviços dirigidos a indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diárias, seja por incapacidade física ou mental, contemplando igualmente aspetos associados à prevenção da doença e reabilitação dos indivíduos”*. Esta definição implica que a prestação de LTC inclua as dimensões de saúde e sociais. A CE (2008) acrescenta ainda que *“estes deverão ser*

dirigidos a indivíduos com manifesta incapacidade e dependência, devido a doenças crónicas, incapacidade física ou mental”.

Em Portugal, o Art.º3 do DL 101/2006, de 6 de junho, define os CCI como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

O mesmo DL determina que a continuidade dos cuidados se traduz na “sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” e que a integração de cuidados é a “conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos” (DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

A OCDE define LTC de forma idêntica ao definido pelo DL n.º 101/2006, de 6 junho, que regula a RNCCI, caracterizando-o como um conjunto de atividades destinadas a pessoas com um grau reduzido de capacidade funcional, físico ou cognitivo e que são, consequentemente, dependentes por um período alargado de tempo de auxílio nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e pode ainda incluir Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD). Estes cuidados são frequentemente prestados em conjunto com serviços clínicos, como tratamento de feridas, gestão da dor, gestão terapêutica, monitorização da saúde, prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos. (OCDE, 2005).

Na literatura internacional, encontramos outras definições paralelas com a definição de LTC, nomeadamente: (OCDE, 2005)

- Home care – refere-se aos serviços de LTC que podem ser prestados aos doentes no domicílio. Inclui cuidados de dia (“day-care”) e serviços provisórios (“respite care”), entre outros similares. Compreende os LTC recebidos em instalações de tipo residencial.
- Informal care – refere-se aos cuidados prestados por cuidadores informais, como cônjuges e outros familiares, amigos, pessoas significativas, vizinhos ou outros. São normalmente prestados no domicílio e sem qualquer contrapartida financeira.
- Institucional care – refere-se aos LTC prestados em instituições, que funcionem também como residência do utilizador dos cuidados.

- Nursing home care – refere-se aos cuidados pessoais e de enfermagem prestados em instituições a pessoas com limitações nas AVD.
- Respite home – refere-se a cuidados provisórios para descanso do cuidador informal.

A ausência de consenso, devido sobretudo às políticas de saúde e de segurança social de cada país, cria constrangimentos quando se pretendem estabelecer e comparar modelos, não apenas em termos de definições, mas também ao nível da organização dos modelos e do seu financiamento, mas sobretudo ao nível da avaliação da qualidade e do impacto destes cuidados. Apesar de os desafios serem semelhantes ao nível da acessibilidade, qualidade e sustentabilidade, as soluções continuam a ter um carácter nacional, o que dificulta a avaliação e comparação dos diferentes modelos (Fernandez *et al.*, 2009).

Considerando a crescente necessidade de cuidados continuados de saúde, verifica-se, nos diferentes países, estratégias distintas e diferentes modelos de prestação de cuidados. Estas diferenças verificam-se, tanto em termos da própria definição de cuidados continuados, como no modelo de prestação de serviços e seus intervenientes, na tipologia de cuidados abrangidos, os prestadores envolvidos, o modelo de financiamento adotado ou a dimensão comunitária considerada. Estas diferenças têm origem, essencialmente, na organização política de cada país, ao nível da saúde e da segurança social, e da noção de cuidados continuados que cada um adota. Porém existem aspetos comuns, nomeadamente, a necessidade de adequação de respostas e serviços que permitam a prestação contínua de cuidados aos indivíduos em situação vulnerável/dependência ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar e a necessidade de reforçar a intervenção dos serviços de saúde de forma integrada com os serviços sociais.

Na tabela seguinte serão descritas sumariamente as principais características dos modelos de cuidados continuados em diversos países.

Tabela 1 - Principais características dos cuidados continuados nos diferentes países

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS CONTINUADOS PRESTADOS
Estados Unidos da América	O acesso aos LTC ocorre através do acesso ao programa <i>Medicaid</i> , que se dirige aos indivíduos com os rendimentos mais baixos. Desta forma, não se pode afirmar que neste país exista um acesso universal de cuidados continuados (Gibson, 2006 citado por Gonçalves 2013).
Noruega	A prestação de LTC e o respetivo financiamento é da responsabilidade dos municípios. Desde 1998, tem vindo a ser largamente desenvolvida a dimensão dos cuidados ao domicílio, o apoio aos cuidadores informais (financeiros e não financeiros) e a melhoria das condições dos lares (melhores equipamentos e mais quartos) (Gibson, 2006 citado por Gonçalves 2013).
Holanda	Existe um programa de seguro social de LTC que é obrigatório e envolve toda a população, independentemente da idade, concedendo o direito a cuidados no domicílio ou em instituições (Gibson, 2006 citado por Gonçalves 2013).
Alemanha	Constitui um dos países com critérios mais estreitos para aceder a LTC por exigir cuidados durante pelo menos seis meses, com duração superior a noventa minutos e a indivíduos com limitações em duas AVD ou atividades instrumentais de vida diária, no mínimo. Assim, indivíduos com pouca dependência não são cobertos pelo seguro social de cuidados de longa duração que a Alemanha inseriu em regime obrigatório, que a generalidade da população possui (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006 citado por Gonçalves 2013).
Reino Unido	Os cuidados domiciliários constituem o grande componente dos LTC. Os poderes locais para além de avaliarem as necessidades, organizam também o tipo de cuidados de ajuda social. O financiamento destes decorre dos impostos centrais e locais ou por tributos de utilização. As políticas gerais estão a cargo do governo central, no entanto os modelos de cuidados de longa duração não são integralmente idênticos nos quatro países (Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte) (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2003 citado por Gonçalves 2013).
Espanha	O modelo <i>sociosanitário</i> baseia-se no princípio de permitir o envelhecimento em casa, pelo que exige a articulação dos CSP e CSH. Os CSP devem sinalizar os casos que necessitem de cuidados e serve também como acesso aos cuidados sanitários. Por sua vez, a nível hospitalar, uma equipa multidisciplinar tem como função avaliar e encaminhar adequadamente os casos que justifiquem cuidados. No caso, de ser necessário internamento foram programados hospitais de dia geriátricos, unidades de convalescença e unidades de hospitalização de agudos. O delineamento de serviços de apoio domiciliário também está presente, tal como a reserva de vagas em lares para indivíduos que necessitem temporariamente. Os impostos são a principal forma de financiamento deste tipo de cuidados, existindo também outras modalidades como co-pagamentos (Defensor del Pueblo, 2002). Genericamente existe um modelo de LTC em cada região autónoma, o que permite aferir que o sistema de LTC é descentralizado (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006 citado por Gonçalves 2013).
Itália	Os LTC são nacionais e locais, sendo que existem diferentes tipos de assistência onde constam os cuidados formais domiciliários ou em instituições e auxílios monetários (Comas-Herrera <i>et al.</i> , 2006 citado por Gonçalves 2013).
Áustria	Com exceção do sistema hospitalar e outros estabelecimentos de saúde, cuja aplicabilidade cabe aos estados federais, o sistema de saúde é da responsabilidade da República Federal da Áustria. Grande parte dos LTC são prestados no domicílio, tendo consequentemente o objetivo de melhorar a assistência domiciliária não só para o utente em si mas também para os familiares, que constituem os principais cuidadores (<i>Ministry of Social Affairs and Consumer Protection</i> , 2008 citado por Gonçalves 2013).
Portugal	Baseado no modelo de prestação de CCI catalão. A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e de apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. Com parcerias estabelecidas entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde, com respostas intersectoriais cujo objetivo é aumentar a continuidade de prestação de cuidados de saúde e apoio social. A prestação de cuidados pode ser dirigida para o domicílio, ambulatório ou para unidades de internamento vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde (UMCCI, 2009).

Adaptado: Gonçalves, 2013

Apesar de reconhecida a necessidade de LCT, a sua oferta continua a ser insuficiente e desajustada à sua população. Tornou-se um desafio para os países o acesso universal e adequado a LTC, cuidados de qualidade acessíveis a toda a população e que sejam, acima de tudo, sustentáveis ao longo do tempo. Neste sentido é responsabilidade de cada país adaptar os modelos vigentes à sua população e até reformulá-los, se necessário (Fernandez *et al.*, 2009; Coyote *et al.*, 2008).

Muitos países deparam-se com o mesmo dilema, criar um modelo de cuidados integrados sustentável, que cubra as necessidades de cuidados e que sejam simultaneamente sustentáveis a nível financeiro a longo prazo (Pavolini e Ranci, 2008). É necessário equacionar novos tipos de cuidados e fomentar a coordenação entre os sistemas social e de saúde, designadamente, os cuidados comunitários e domiciliários que desempenham um papel fundamental, uma vez que representam um menor custo financeiro comparativamente com os serviços de internamento (Stepurko *et al.*, 2010). Contudo, é importante apostar na qualidade desses serviços, para que possam responder adequadamente à maior exigência e necessidade de cuidados sociais e de saúde dos utentes e cuidadores.

1.3. IMPACTO NA EFICIÊNCIA HOSPITALAR DOS MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Neste capítulo serão apresentados alguns resultados de estudos e a evidência científica disponível sobre o impacto dos CCI na eficiência hospitalar e apresentados alguns modelos e programas internacionais de prestação de cuidados continuados e seus efeitos na eficiência hospitalar.

No sector dos CCI existem vários modelos e programas de prestação de cuidados que, no contexto internacional, adquirem expressão pelo destaque na integração entre os serviços de saúde e os serviços sociais, bem como pelo efeito inesperado produzido na utilização de recursos hospitalares, dias de internamento e demora média. Ainda que existam diferenças ao nível da organização, nos diferentes níveis de integração e objetivos assistenciais, estes convergem para políticas de prestação de cuidados integradas e centrada no cidadão, aspirando simultaneamente uma maior eficiência na utilização dos recursos hospitalares, com diminuição da demora média de internamento, diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos e reinternamentos e admissões nas urgências e

redução dos custos hospitalares. Associados a esses objetivos há que assegurar três pilares basilares na área da saúde: qualidade, acesso e equidade.

Diversos estudos citados por Escoval *et al.* (2011) concluem que existe uma associação entre os atrasos nas altas hospitalares e a necessidade em CCI, nomeadamente, Meiners e Coffey (1985), Falcone *et al.* (1991) nos EUA, Holmås *et al.* (2007) na Noruega, Rockwood (1990), McClaran, Tover-Berglas (1991) e DeCoster e Kozyrskyj (2000) no Canadá, Wong *et al.* (2010) na Holanda, Bryan, Gageb e Gilbert (2006) no Reino Unido, Sc Lim *et al.* (2006) Singapura. Todos demonstraram que os doentes permanecem internados em contexto hospitalar quando, efetivamente necessitam de CCI, doentes internados em hospitais de agudos e a consumir recurso hospitalares desnecessariamente.

Estes estudos espelham a necessidade de criar modelos de cuidados continuados mais eficientes, com respostas céleres, que consigam desviar, em tempo útil, tanto no que se refere ao consumo desnecessário de recursos a nível hospitalares, como à preservação da funcionalidade e autonomia dos doentes. Segundo Bryan (2010) é preciso desenvolver políticas de saúde especificamente direcionadas para a resolução das altas tardias. Bryan *et al.* (2006) salientam que a existência de demoras médias de internamento elevadas tem origem em fenómenos descritos como *bed blocking* ou *delayed transfer*.

Este fenómeno refere-se às situações em que um doente apesar de ser considerado clinicamente estável e sem critérios de prestação de cuidados agudos, permanece no hospital pois carece de cuidados continuados. Devido ao fenómeno *bed blocking* ou *delayed discharge*, houve a necessidade de criar novas respostas e modelos de CCI, contudo verificou-se que estes modelos tiveram um impacto inesperado na demora média, visto que os doentes permaneciam mais tempo nos hospitais a aguardar vaga nos CCI, aumentando desta forma a demora nas altas hospitalares afetando a gestão de recurso hospitalares, a qualidade dos cuidados e acesso a cuidado ajustados e adequados.

Na origem deste fenómeno está a utilização de camas por tempo excessivo após alta hospitalar, atribuindo-se este facto a variáveis tais como: a inexistência ou ausência de serviços de cuidados continuados, atrasos no planeamento da alta ou incorreta avaliação das reais necessidades dos doentes após alta hospitalar (Bryan *et al.*, 2006).

O fenómeno *bed blocking* ou *delayed discharges* está associado a pessoas idosas, pessoas com necessidades complexas e com elevado grau de dependência (Bryan, 2010). Este fenómeno afeta em média 6% da ocupação das camas hospitalares e teve um custo para o *National Health Service* (NHS) de cerca de £ 720 milhões nos anos de 2001-2002. Além do impacto económico-financeiro, importa referir o impacto

na qualidade de vida dos utentes/cuidadores, uma vez que as pessoas idosas que permaneçam mais tempo do que o necessário no hospital estão sujeitas a minimizar a sua recuperação e autonomia e são mais vulneráveis às infeções associadas a cuidados de saúde (Bryan, 2010).

A principal explicação para a demora nas altas hospitalares, em vários países, surge da insuficiência da oferta e da incapacidade de resposta dos CCI (Coughlan e O'Neill (2001), *Discharge Planning and Policy TaskTeam* (2006), Straten *et al.* (1997) e Blanchette, Epure (2002) e Duffy *et al.* (2011), outro estudo acrescenta ainda a necessidade em cuidados paliativos e de reabilitação (CIHI, 2009). Segundo Falcone *et al.* (1991), a principal justificação para a demora nas altas hospitalares centra-se no tempo despendido no momento da decisão de cobertura dos cuidados.

A implementação do NHS *Continuing Healthcare* tem contribuído, de acordo com o NHS *Improvement Stroke* (2008), para o aumento da demora média de internamento, nomeadamente dos doentes que são referenciados com necessidades de cuidados continuados. O NHS *Improvement Stroke* (2008) menciona como principais causas as características inerentes às instituições ou inadequado processo de sinalização e referenciação.

Estudos realizados no Reino Unido encontraram alguns motivos que justificam a demora nas altas hospitalares, entre os quais, os recursos humanos envolvidos, a falta de formação, desinteresse ou falta de conhecimento dos profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação, ausência de uniformização e consensualização de procedimento e a ausência de comunicação entre as organizações, os serviços e as próprias equipas (Duffy *et al.* 2011).

A sinalização desadequada ou excessiva é apresentada como um dos motivos de demora nas altas hospitalares, afirmando que a sinalização deve ser realizada o mais próxima possível da alta, quando as necessidades do utente/família já sejam conhecidas e é possível avaliar com maior rigor os critérios (Duffy *et al.*, 2011). Em Portugal, segundo a UMCCI, a sinalização deve ser o mais atempada possível, atualmente recomenda-se que esta seja efetuada até 4 dias após o internamento no serviço que faz a sinalização, estando mesmo incluída nos indicadores contrato-programa dos hospitais e ULS (ACSS, 2013).

De acordo com Godfrey e Townsend (2009) citado por Bryan (2010), as demoras médias hospitalares elevadas no Reino Unido, são identificadas como um problema de estrutura no sistema, que gera ineficiência na utilização de camas de agudos. De acordo

com os autores, este problema surge frequentemente devido a constrangimentos entre o sistema de saúde e o sistema de segurança social.

Segundo Anderson (2011) existem barreiras ao nível da avaliação das condições de elegibilidade do doente referenciado para o NHS *Continuing Healthcare*, mais concretamente ao nível da aplicação dos instrumentos de avaliação, tais com a *Check List*, a *Decision Support Tool* e a *Fast Track Tool*. De acordo com o autor, a aplicação inadequada de um dos instrumentos, afeta invariavelmente a aplicação subsequente das restantes ferramentas, levando à existência de erros processuais e deturpação dos factos. Anderson (2011) pôde igualmente observar que o momento em que as avaliações são realizadas, é, normalmente, tardia, levando a um aumento desnecessário da demora média. Isto ocorre, segundo o autor, pela falta de aptidão em avaliar corretamente as necessidades dos indivíduos elegíveis para o NHS *Continuing Healthcare*. Este entendimento resulta da inexistência de atribuição de competências ao nível das instituições, particularmente no que concerne ao processo de referenciação, bem como da deficiente ação formativa dos profissionais envolvidos.

De acordo com os estudos descritos, existem diversos fatores que contribuem para a existência de uma demora média de internamento elevada nos doentes com necessidades de cuidados continuados, podendo as razões que contribuem para o atraso nas altas ser consideradas complexas e multifatoriais (Bryan, 2010; Duffy *et al.*, 2011; Anderson, 2011). Os mesmos autores salientam que as respostas para o atraso nas altas deverão ser encontradas com base num detalhado conhecimento do problema ao nível dos serviços e do contexto local e institucional (*Discharge Planning and ALC Policy Task Team*, 2006; *UK Department of Health*, 2006).

Devido aos constrangimentos identificados no processo de referenciação para o *Continuing Healthcare*, a NHS *Improvement Stroke* (2012), emitiu um guia, designado por *Guidance for Improving the Continuing Healthcare Process*, com orientações e normas destinadas à melhoria do processo de referenciação do NHS *Continuing Healthcare*. Este pretende uniformizar as práticas e a metodologia de trabalho inerente ao processo de avaliação das necessidades do indivíduo e a tomada de decisão quanto à admissão no NHS *Continuing Healthcare*. Este documento prevê uma formação contínua aos profissionais, permitindo desta forma manter a homogeneidade na avaliação dos critérios de elegibilidade dos indivíduos, evitando avaliações desnecessárias e desadequadas às reais necessidades dos indivíduos.

Um estudo realizado sobre o modelo catalão, (*Espanha. Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària. Unió Catalana d'Hospitals*, 2010) demostrou um aumento da

demora média em todas as categorias de diagnóstico para 64%, o que se traduz na perda de um elevado custo-oportunidade ao reduzir a capacidade de atendimento a situações agudas em cerca de 40%. Porém, o programa de apoio domiciliário apresentou resultados positivos. Um estudo realizado a doentes com doença oncológica em fase terminal, demonstrou que a proporção de indivíduos que tiveram de recorrer aos serviços de internamento hospitalar foi reduzida em 25%. Este resultado é atribuído à intervenção das equipas multidisciplinares e à relevância do seu papel na satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos que se encontram no seu domicílio (Ararteko, 2007).

Uma das tendências, a nível internacional, diz respeito a implementação de um gestor de caso (*case management*), ou seja, no caso de indivíduos com necessidades específicas de CCI, as atividades de cooperação e organização deverão ser geridas por uma pessoa (gestor de caso), preferencialmente um enfermeiro com formação na área, que representa o contacto com o doente, com os seus familiares e com os prestadores de serviços, considerando sempre as decisões do doente (Escoval *et al.*, 2013).

O gestor de caso presta apoio ao doente, normalmente pouco informado, exercendo a função de agência, característica do mercado de saúde devido à assimetria de informação e necessidade de relação de agência, desta forma este auxilia o doente no encaminhamento de cuidados, em vários aspetos, como na escolha de serviços, na referenciação ou na comunicação (Escoval *et al.*, 2013).

A implementação do modelo de gestão de doente na RNCCI, garante um acesso equitativo, a mobilidade entre as diferentes respostas da Rede e assegura a continuidade de cuidados individualizados e humanizados. Integrando, ainda, os princípios da intersectoralidade e a interface entre os diferentes níveis de cuidados (OPSS, 2014).

De acordo com Hutt *et al.* (2004) definem *case management* como o processo de planear, coordenar, gerir e rever os cuidados de saúde prestados a um indivíduo, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de métodos e modelos custo-efetivos e impulsionadores de qualidade de vida. Este modelo tem origem na assistência social, tendo-se desenvolvido como mecanismo de oferta de cuidados holísticos e individualizados, adaptado às necessidades dos indivíduos com carências sociais e de saúde. Tem sido utilizado por indivíduos com deficiências cognitivas e motoras, por indivíduos idosos com necessidades sociais e de saúde múltiplas e complexas. O principal objetivo consiste em coordenar de forma efetiva os serviços necessários

evitando as situações de institucionalização prolongada por necessidade de cuidados continuados de saúde ou sociais.

Segundo Hutt *et al.* (2004) o *case management* permite aumentar a eficiência dos serviços de saúde, pois tem demonstrado influência no número de dias de internamento dos indivíduos, demonstrando uma associação entre a utilização do gestor de caso e uma diminuição dos dias de internamento, contribuindo para a diminuição da demora de média de internamento. Por outro lado, os autores, verificaram a existência de estudos que apontavam para a influência do gestor de caso no aumento da demora média. Destacando os estudos realizados por Bernabei *et al.* (1998) e Hendriksen *et al.* (1984) citado por Hutt *et al.* (2004), cujos contributos permitiram concluir que a ocorrência de uma diminuição do número de dias de internamento poderá resultar da diminuição do número de admissões hospitalares e não necessariamente pela diminuição da demora média. Estes estudos citados por Hutt *et al.* (2004) observaram, contudo, que a aplicação do gestor de caso a populações de indivíduos com múltiplas comorbilidades proporciona diminuições de 35% e 24% no número total de dias de internamento.

Estudos de Boulton *et al.* (2000) e Kane e Feldman (2003), citados por Hutt *et al.* (2004), demonstraram que a introdução do gestor de caso produz uma diminuição da demora média hospitalar. Ainda que Boulton *et al.* (2000) tenham demonstrado existir uma redução pouco expressiva, de cerca de 0,08 dias, Kane e Feldman (2003) concluíram que, para os indivíduos sujeitos ao modelo de gestor de caso, a demora média de internamento hospitalar é de cerca de 5,5 dias, contrapondo-se aos 6,7 dias dos indivíduos não incluídos neste modelo de prestação de cuidados.

De acordo com Ross *et al.* (2011) este é um instrumento de integração de serviços, quando este modelo está devidamente implementado, há evidência de melhores resultados em saúde, com uma redução da taxa de utilização dos serviços hospitalares e de um processo contínuo de prestação de cuidados mais custo-efetivo. Segundo os mesmos autores é mais efetivo quando direcionado para populações de risco, em que o acesso aos cuidados primários, a promoção e prevenção da doença e a reabilitação e recuperação funcional são aspetos essenciais para uma efetiva autogestão da doença.

No Reino Unido no âmbito da qualidade NHS, têm vindo a desenvolver-se vários projetos em que o foco consiste na integração de serviços sociais e de saúde numa perspetiva de *continuum* de cuidados, um desses projetos é integrar o modelo *Kaiser Permanente* ao NHS.

Para integrar este modelo no NHS, constituiu-se uma equipa multidisciplinar de saúde e de assistentes sociais sob a supervisão de um gestor, para um determinado número de indivíduos. Um dos objetivos era a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos idosos, nesse contexto, tornou-se determinante conhecer as características da população, identificar o seu risco em relação à probabilidade de recorrer aos serviços de urgência ou de internamento hospitalar. À população com maior risco, é-lhes atribuído um gestor de caso que elabora um plano de cuidados específico para a satisfação das suas necessidades de saúde e sociais. O acesso à informação do processo clínico é transversal a todos os elementos da equipa multidisciplinar. O plano de cuidados deve conter todos os objetivos do tratamento, as intervenções planificadas e as ações recomendadas em caso de descompensação da doença ou agravamento da condição de saúde.

De acordo com Ham *et al.* (2003) citado por Curry e Ham (2010), em comparação com a aplicação do modelo no NHS, o modelo da *Kaiser Permanente* apresenta melhores resultados. O NHS apresentou mais 3,5 dias, em média, de internamento que a *Kaiser Permanente* para situações semelhantes.

Apesar dos resultados da comparação com o *Kaiser Permanente*, supra descritos, os autores afirmam que a aplicação deste modelo alcançou resultados positivos. Constatou-se uma diminuição acentuada do número de dias de internamento hospitalar por indivíduo, bem como uma redução da demora média, apresentando ainda a mais baixa taxa de ocupação de camas do serviço de urgência por pessoas idosas com duas ou mais admissões e uma diminuição da proporção de idosos com alta clínica referenciados para lares ou instituições de acolhimento.

Apesar de existir uma redução na procura e utilização de recursos hospitalares, bem como, um aumento dos índices de satisfação da população, os autores salientam que não há resultados que comprovem a custo-efetividade da aplicação deste modelo ao NHS.

Apresentados alguns resultados sobre a eficiência dos modelos de cuidados continuados a nível Europeu, interessa analisar o impacto desses modelos a nível mundial, desta forma serão apresentados programas desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá.

Um programa de Atenção Integrada aos Idosos – *Program of All inclusive Care for the Elderly* (PACE) - desenvolvido nos EUA, prevê o acesso integrado a cuidados sociais e de saúde a indivíduos com idade superior a 55 anos e que se encontrem em situações de vulnerabilidade. Constituído por uma equipa multidisciplinar (médicos,

enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais) responsáveis pela avaliação e satisfação das necessidades específicas dos indivíduos/família que realiza um plano de cuidados individual efetuado conjuntamente pela equipa, indivíduo e família.

Segundo Burstein *et al.* (1998), num estudo para avaliar o impacto do PACE, concluíram que, relativamente à utilização de recursos hospitalares, os indivíduos envolvidos no programa estavam associados a uma diminuição das taxas de utilização hospitalar, número de admissões e número de dias de internamento.

Entre outros aspetos, os autores salientam que houve uma redução da probabilidade de admissões hospitalares, reduzindo igualmente o número de dias de internamento. Diminui a probabilidade de os indivíduos necessitarem de um lar ou unidade de cuidados continuados. Por outro lado, o envolvimento neste programa aumenta a necessidade de fornecer e adequar a oferta de cuidados domiciliários e de ambulatório.

Mais recentemente, num estudo realizado com o objetivo de conhecer os efeitos do programa na utilização dos recursos hospitalares (Hanke, 2011), conclui-se que os indivíduos envolvidos no programa têm uma utilização média de 0,2 dias de internamento por mês, ao contrário dos restantes indivíduos que apresentam aproximadamente 0,8 dias de internamento por mês.

Como principal conclusão, este programa tem a capacidade para racionar a utilização dos recursos hospitalares, considerando populações mais vulneráveis, permitindo reduzir situações de internamento e reinternamento com recurso a uma gestão integrada e eficaz de cuidados, com ênfase na prevenção e na avaliação das necessidades individuais, reduzindo o uso dos recursos hospitalares e garantindo a continuidade de cuidados de saúde de qualidade.

O Sistema Integrado para Pessoas Idosas Vulneráveis (SIPA) desenvolvido no Canadá, tem como objetivo a prestação, manutenção e a continuidade de cuidados ao indivíduo vulnerável na comunidade. A garantia destes cuidados é assegurada pela existência de um *case management*, equipas multidisciplinares e prestação de serviços domiciliários. O SIPA providencia os cuidados continuados necessários, bem como cuidados médicos e sociais e instituições para descanso dos cuidadores informais. Este programa conseguiu reduzir o tempo de espera e o custo dos serviços de internamento hospitalares, por indivíduos que aguardavam vaga em lar ou instituição de acolhimento após alta clínica. Beland *et al.* (2006) observaram uma redução aproximada de 50% no número de indivíduos com alta clínica que permaneciam internados. O recurso aos serviços de urgência e à institucionalização permanente em lar foi reduzido em cerca de

10% pelos indivíduos envolvidos no programa. Segundo os mesmos autores, este modelo apresenta-se sustentável, com capacidade de aumentar a eficiência hospitalar e promove a qualidade dos cuidados de saúde.

Pela literatura disponível verifica-se a necessidade de redesenhar os modelos de CCI e melhorar a coordenação entre os sistemas social e os vários níveis de cuidados de saúde, mais concretamente, os cuidados comunitários e domiciliários pois estes representam um menor custo comparativamente com os serviços de internamento (Stepurko *et al.*, 2010). Segundo Sehrawat (2010) é crucial avaliar e monitorizar a qualidade desses serviços, para que possam responder à maior exigência e necessidade de cuidados sociais e de saúde dos utentes/cuidadores.

1.4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

1.4.1. Enquadramento da RNCCI

O desenvolvimento de CCI é uma realidade internacional apesar das particularidades entre os vários países, os desafios são idênticos, tais como a necessidade de melhorar os serviços que prestam apoio contínuo a pessoas em situação de dependência, para reabilitação de um processo agudo ou evitar internamentos desnecessários. Estas demandas contribuíram para a adoção de alguns objetivos fundamentais na política de saúde, alcançando o desenvolvimento de uma rede integrada de cuidados contínuos com a organização e planeamento de recursos flexíveis, baseados na identificação da necessidade de cuidados.

A nível nacional também são patentes as mudanças demográficas e epidemiológicas, desigualdades socioeconómicas, escassez de recursos, constrangimentos económicos, desenvolvimento tecnológico rápido e de expectativas elevadas por parte dos cidadãos, levando à necessidade de criar um modelo de cuidados continuados, com alterações importantes na área da saúde que se centram na necessidade de contenção de custos e na melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2009).

O envelhecimento da população e o aumento da sua dependência funcional e incapacidade induziu a procura de CCI, desta forma, pela carência de respostas, tornou-se prioritário a criação de um modelo de cuidados continuados, em Portugal, denominado por Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede).

A RNCCI foi criada pelo DL nº. 101/2006, de 6 junho, com o intuito de prestar cuidados continuados integrados (saúde e sociais) às pessoas que, independente da sua idade, se encontrem em situação de dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal (UMCCI, 2009).

O seu objetivo é responder de forma adequada e efetiva às necessidades dos idosos e população em situação de dependência, ou seja, um modelo de prestação de cuidados integrados que considere tanto as necessidades sociais como as necessidades em saúde, que englobe as vertentes de reabilitação, manutenção, prevenção e de necessidade paliativa, de forma a dar resposta às carências em saúde e sociais vigentes.

A criação da RNCCI surge com os problemas cada vez mais visíveis na sociedade, nomeadamente, o envelhecimento demográfico progressivo, prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, sistema de saúde baseado no paradigma da doença aguda, filosofia de cura e prevenção, sistema de saúde demasiado “*medicocêntrico*” e “*hospitalocêntrico*”, escassa cobertura de serviços de CCI a nível nacional, inexistência de uma política integrada de saúde e segurança-social (UMCCI, 2009; OPSS, 2014). Os CCI surgem com o intuito de dar resposta às necessidades dos indivíduos em matéria de dependência e incapacidade, e surge como modelo intersetorial de prestação de cuidados de saúde, articulando-se em rede com os CSH e os CSP (PORTUGAL.MS. DGS, 2010).

A sua natureza inovadora incide na criação de respostas pós-agudas, de reabilitação, doença terminal e de longa duração, de base extra hospitalar e inseridas nas comunidades e serviços comunitários locais de proximidade. Os CCI, em Portugal, traduzem-se essencialmente num modelo integrado entre o sector da saúde e o social, implementado em rede, que inclui serviços com várias tipologias, articulados entre si e com os diferentes níveis do sistema de saúde e de apoio social. Deste modo, assume-se como um sistema complementar aos níveis de CSP e CSH, promovendo a continuidade entre os cuidados ao nível da comunidade, os cuidados de internamento hospitalar de doentes agudos e os de apoio social.

Segundo o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007) é uma das transformações necessárias para a modernização do SNS de forma a garantir a sua sustentabilidade e melhoria da prestação de cuidados, ao promover a coordenação intersetorial, inter e intrainstitucional, uma prestação de cuidados centrada no cidadão, otimizando recursos e adequando a oferta de serviços às necessidades.

A sua visão estratégica, integrada, holística e centrada no cidadão, pretende criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos doentes/famílias/cuidadores informais (OPSS, 2009).

Representa um modelo com parcerias estabelecidas entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde, com respostas intersetoriais cujo objetivo é aumentar a continuidade de prestação de cuidados de saúde e apoio social (UMCCI, 2009).

Segundo o OPSS (2009) a RNCCI desde a fundação do SNS (1979) foi um dos projetos mais ousados de políticas sociais e desenvolvimento intersetorial existentes em Portugal, aspirando implementar um modelo de cuidados adaptado às necessidades e centrado no cidadão, podendo este aceder aos cuidados necessários, em tempo útil, locais adequados e pelo prestador mais adequado. Este modelo contraria a cultura centrada nos hospitais, ainda predominante no SNS, implicando uma reflexão e revisão do papel dos hospitais e reforça o papel dos cuidados de proximidade, considerando os CSP como determinantes para a sustentabilidade do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergente no contexto nacional e a defesa de que a atividade domiciliária é uma das suas áreas de atuação privilegiada, uma vez que grande parte da sua atividade se desenvolve no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona. A intervenção domiciliária é orientada para a prevenção, reabilitação ou palição de problemas concretos, dirigida especialmente ao indivíduo dependente, família e cuidadores. Contudo, exige a adoção de modelos de trabalho multidisciplinares de forma a adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e família e identificar outros problemas de saúde mais precocemente.

Segundo Sakellarides (2004) a prestação de cuidados de saúde completos e globais, com equidade e qualidade, terá de ser assegurada através de uma ou mais redes integradas de serviços alicerçadas nos CSP e CSH.

Segundo Simões (2010), a integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, melhorar a qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes/cuidadores e obter ganhos de eficiência. A oferta de cuidados de saúde fracionada contribui para índices baixos de satisfação dos utentes/cuidadores, eficiência, qualidade dos serviços e

acesso aos cuidados. Por isso é fundamental planejar e decidir um novo desenho organizativo das unidades de saúde, melhorar os sistemas de comunicação e tecnologia, economia e gestão dos serviços. Este modelo de integração de cuidados traduz-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do cidadão.

Os resultados esperados, com a implementação da RNCCI eram (UMCCI, 2009):

- Obtenção de ganhos em saúde;
- Aumento da cobertura da prestação de serviços;
- Reforço da articulação e coordenação entre os serviços de saúde e de apoio social;
- Manutenção das pessoas com dependência no domicílio, sempre que possível, e assegurar os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários;
- Redução da procura de serviços hospitalares de agudos por parte de pessoas em situação de dependência;
- Melhoria das condições de vida e bem-estar, satisfação e apoio das pessoas/famílias/cuidadores informais com dependência;
- Apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.

1.4.2. Criação e implementação da RNCCI

A implementação do modelo da RNCCI deveria preencher o hiato existente entre os CSH, os cuidados comunitários e CSP. Contudo, para que tal ocorra é essencial a criação de equipas multidisciplinares com capacidade e competência para avaliar e responder, efetivamente, às diferentes necessidades dos indivíduos, melhorando o acesso e a articulação entre os cuidados sociais e de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados nas diferentes tipologias de resposta, de acordo com o grau de dependência, funcionalidade e carência social (UMCCI, 2010; OPSS, 2009).

Seguindo este propósito, o DL nº 101/2006, de 6 de junho, determina como políticas de saúde e políticas sociais aquelas que proporcionem:

1. Desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência;
2. Investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial;
3. Qualificar e humanizar a prestação de cuidados;
4. Potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade.

A criação da RNCCI é definida como uma referência estratégica nacional inserida no SNS, de índole intersectorial entre o público e o privado, respondendo às políticas definidas para o setor da saúde e da segurança social.

A Rede articula-se com a área hospitalar, com os CSP, com o sector social e com os doentes, indivíduos e famílias, para o desenvolvimento de respostas conjuntas, personalizadas, em continuidade e complementaridade. Este modelo pretende ser integral e integrado, interdisciplinar, inserido na comunidade, equitativo e sustentável, com melhor utilização dos recursos, e respeitador dos princípios da qualidade. Os benefícios imediatos são a adequação dos cuidados, a redução da permanência de doentes crónicos no hospital, com o consequente aumento de camas disponíveis para internamento de doentes agudos, uma maior eficiência e a diminuição de custos totais.

O desenvolvimento da Rede é um processo de evolução gradual com três fases pré-definidas, de implementação e crescimento, que se estendem até 2016. A primeira fase, atingida em 2008, com a implementação de um terço das respostas às necessidades identificadas; a segunda, no ano 2012, pretendia cobrir dois terços das necessidades neste nível de cuidados e, em 2016, então, poder-se-á prever a cobertura de 80% das necessidades da população portuguesa em situação de dependência. Desta forma, o ano de 2016 é a meta para a plena concretização desta inovadora e abrangente intervenção (UMCCI, 2009).

A RNCCI é composta por instituições públicas e privadas e misericórdias (através da celebração de contratos com o Estado) cuja missão é *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* (nº1 do Art.º4 do DL nº 101/2006, de 6 de junho). Esta prestação de cuidados pode ser dirigida para o domicílio, ambulatório ou para unidades de internamento próprias e vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o Art.º2 do DL nº 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, contemplando igualmente a necessidade de cuidados paliativos ou de intervenção social. A origem da sua intervenção poderá ocorrer nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais do SNS, CSP e serviços sociais, e através da rede solidária e autarquias locais.

1.4.3. Missão e objetivos da RNCCI

Atendendo à missão da RNCCI, salienta-se o seu carácter intersectorial e integrado como chave de uma efetiva prestação de cuidados ao indivíduo dependente. A integração da família do indivíduo no plano de cuidados estabelecido pelas equipas multidisciplinares é, igualmente preponderante para uma capacitação e empoderamento eficientes, dotando o indivíduo de competências adequadas ao seu novo contexto, seja de reabilitação, manutenção das capacidades funcionais e de atividade de vida diária (AVD), seja em situações paliativas.

De acordo com a UMCCI (2009) destacam-se os seguintes objetivos como linhas orientadoras da missão definida:

1. A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
2. A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
3. O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
4. A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
5. O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
6. A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
7. A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de CCI.

A missão da RNCCI vem dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos CCI. Definindo como objetivos estratégicos, fundamentais para a prossecução da sustentabilidade do SNS, de forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde por parte das populações mais vulneráveis e, estruturante para a reorganização de serviços e cuidados de saúde, os seguintes (UMCCI, 2009):

1. Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos;
2. Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;
3. Redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência;
4. Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.

Importa analisar os objetivos estratégicos estabelecidos porque, considerando o âmbito de execução da RNCCI, é expectável que haja ganhos em saúde para a população de forma geral. A criação de respostas de saúde e sociais ajustadas às necessidades dos indivíduos, em situação de dependência, permitirá o aumento da cobertura de prestação de CCI a nível social, produzindo, igualmente, um reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social, com vista à manutenção e/ou reabilitação, sempre que possível e adequado, das pessoas com dependência no seu domicílio. Por outro lado, este aspeto permite potenciar a redução da procura de serviços hospitalares de agudos, por indivíduos em situação de dependência, uma vez que os cuidados a estes são privilegiados em contexto comunitário, evitando situações de internamento desnecessárias e garantindo uma melhoria da sua condição de vida e bem-estar (UMCCI, 2009; DL nº 101/2006, de 6 de junho; PORTUGAL.MS. DGS, 2010).

1.4.4. Modelo de gestão e coordenação da RNCCI

A Rede define a sua composição através de um modelo de respostas diversificadas com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados (UMCCI, 2010).

A Rede é composta por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais, sendo ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei

n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado (e republicado) pelo DL n.º 22/2011, de 10 de fevereiro e pelo DL nº136/2015, de 28 de julho. A Rede pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (Art.º 2 do DL nº 136/2015, de 28 julho).

O modelo de prestação de cuidados da RNCCI prevê a integração e articulação entre diferentes tipos de unidades e equipas de prestação de cuidados, sejam de saúde ou de apoio social, sendo que o seu âmbito de intervenção compreende os diferentes níveis de saúde e os diferentes serviços que estes disponibilizam. Daí ser fundamental uma articulação eficiente entre todos os intervenientes e setores, garantindo uma correta alocação das equipas e recursos da RNCCI, de acordo com as necessidades identificadas. Uma gestão eficaz, transparente e coesa entre todos os agentes é essencial para a garantia de prestação de cuidados de saúde de qualidade e sustentabilidade do modelo da RNCCI (UMCCI, 2009).

A coordenação da Rede ocorre em três níveis: a nível nacional, regional e local, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e de segurança social.

A nível nacional, esta coordenação é assegurada, atualmente, pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), à qual compete promover a articulação com os organismos competentes dos Ministérios da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. É operacionalizada a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) atualmente cinco, e a nível local pelas Equipas de Coordenação Local (ECL) sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde (ULS), que não tenham ACES constituídos (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

Os principais intervenientes no modelo de coordenação da RNCCI apresentam-se na seguinte figura 1.

Figura 1 - Modelo de coordenação da RNCCI



Adaptado: UMCCI, 2009 - Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

O modelo da RNCCI consiste numa lógica descentralizada de poderes e competências, permitindo uma articulação efetiva e eficiente entre os diferentes níveis de coordenação, garantindo a flexibilidade e orientação para os resultados. Possibilita igualmente acompanhar, monitorizar e avaliar a gestão dos recursos e o cumprimento de metas e objetivos de forma eficiente e adequada (UMCCI, 2010; Campos *et al.* 2009).

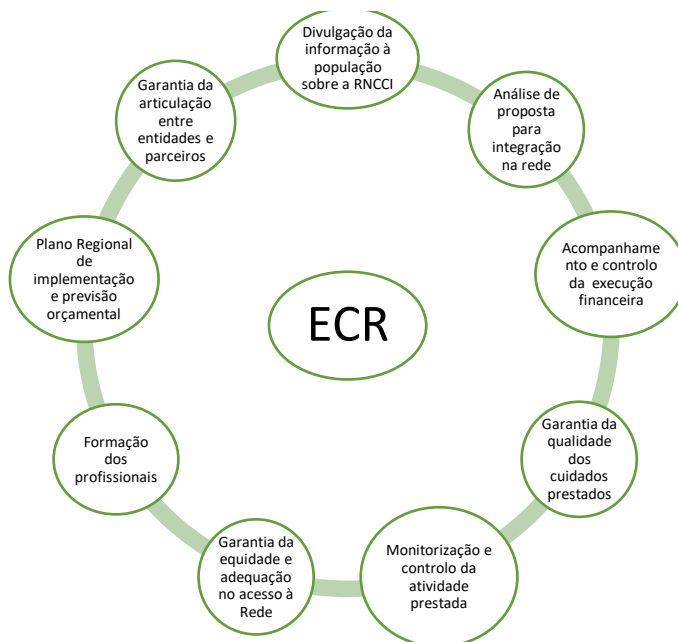
A nível nacional compete à ACSS coordenar e implementar as políticas de saúde definidas para a RNCCI de acordo com os Ministérios da Saúde e Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em articulação com as Redes Nacionais de Saúde e Segurança Social.

A nível regional, a coordenação ocorre de acordo com as competências da ECR, que articula a comunicação entre a ACSS e as ECL e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI.

A nível local, compete às ECL gerir a coordenação em articulação com as ECR e assegurar o planeamento, acompanhamento e avaliação das atividades e gestão de recursos a desenvolver no seu âmbito de referência (UMCCI, 2009).

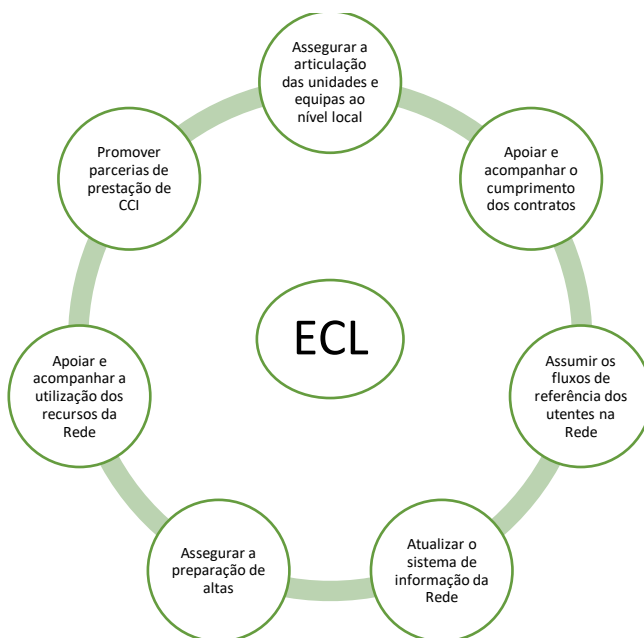
Nas figuras seguintes, figuras 2 e 3, podemos observar as principais competências atribuídas à ECR e ECL, respetivamente.

Figura 2 – Principais competências das ECR



Fonte: UMCCI, 2009 – art.º 10 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho

Figura 3 - Principais competências das ECL



Fonte: UMCCI, 2009 – Art.º11 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho

1.4.5. Tipologias de cuidados na RNCCI

De acordo com o DL n.º 101/2006, de 6 de junho, a prestação de cuidados seria inicialmente assegurada por quatro tipologias de resposta, dividindo-se em unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

Unidades de Internamento:

- Unidades de Convalescença (UC);
- Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR);
- Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

Equipas Hospitalares:

- Equipa de Gestão de Altas (EGA);
- Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Equipas Domiciliárias:

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Unidades de Ambulatório:

- Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia (UDPA).

De seguida serão descritas, sumariamente, as principais competências e objetivos das diferentes tipologias de resposta da RNCCI.

A tipologia de internamento da UC, têm como intuito a estabilização clínica e funcional, pelo que a referenciação para este tipo de unidades deve incluir os indivíduos que se encontrem numa fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação, num período de tempo estimado e desejável de até 30 dias consecutivos (UMCCI, 2009).

As UC são caracterizadas segundo o art.º13 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho como *“uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónicos”*.

Relativamente às UMDR, estas têm como objetivo responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação integral e independência dos indivíduos, cujo motivo de carência decorra de um processo de doença agudo ou de descompensação de doença crónica. Este tipo de unidades pode assumir igualmente uma diferenciação na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. Esta tipologia de cuidados pressupõe, previsivelmente, um período de internamento entre os 30 dias e os 90 dias (UMCCI, 2009).

Este tipo de unidades de acordo com a sua definição “são *unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável*” (Art.º 15 do DL nº101/2006, de 6 de junho).

No que respeita às ULDM, de acordo com a UMCCI (2009) e o previsto no art.º 17 do DL nº101/2006, de 6 de junho, estas têm como objetivo a prestação de cuidados que previnam ou diminuam o impacto da situação de dependência, otimizando o estado de saúde e potenciando o conforto e a qualidade de vida. Este tipo de resposta é dirigido essencialmente a indivíduos com múltiplas doenças crónicas, que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, e que, de acordo com as circunstâncias, não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Os tempos de internamento preconizados para esta tipologia são superiores a 90 dias.

Por último, as tipologias de UCP (art.º19 do DL nº101/2006, de 6 de junho) têm como objetivo dar resposta à necessidade de prestar cuidados, tratamento e acompanhamento paliativo aos indivíduos que pela complexidade e sofrimento inerentes à sua situação de doença, se encontram em fim de vida ou em fase avançada de doença incurável. Também neste âmbito se integram, como resposta da RNCCI à necessidade de cuidados paliativos, as equipas domiciliárias, nomeadamente as ECSCP e as ECCI.

Em contexto hospitalar, atuam as EIHSCP e as EGA, sendo a missão das primeiras a de providenciar assessoria técnica especializada em cuidados paliativos. O seu âmbito de ação é transversal a todos os serviços hospitalares, sendo constituída por elementos de diferentes grupos profissionais, tendo como critério de inclusão a formação em cuidados paliativos (art.º 25 e 26 do DL nº101/2006, de 6 de junho).

Por sua vez, a EGA é caracterizada por ser uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes

que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as UC e as UMDR existentes na área de influência hospitalar. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social (art.º23 do DL nº101/2006, de 6 de junho).

A EGA assegura, a articulação com as equipas e serviços hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares; articulação com as ECR e ECL da Rede; articulação com as ECCI dos CSP do seu âmbito de abrangência (art.º24 do DL nº101/2006, de 6 de Junho).

Relativamente aos serviços prestados em ambulatório, ainda em fase de implementação na RNCCI, de acordo com a UMCCI (2009) e art.º 21 e 22 do DL nº101/2006, de 6 de junho, as UDPA visam a promoção da autonomia a todos os indivíduos que se encontrem em situação de dependência, mas que no entanto, considerando a sua situação de doença atual e o seu contexto sociofamiliar, é possível providenciar os cuidados necessários em regime de ambulatório. Estas asseguram atividades de manutenção e de estimulação; cuidados médicos, de enfermagem periódicos e fisioterapia periódicos; apoio psicossocial; animação sociocultural; alimentação; higiene pessoal, quando necessária. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia, oito horas por dia, nos dias úteis.

Ao nível de respostas domiciliárias, as ECCI, previstas no art.º 27 e 28 do DL nº101/2006, de 6 de junho. Estas equipas constituem-se de forma multidisciplinar, sendo da responsabilidade dos CSP, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em ULS e serviços de apoio social (art.º8 portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro). Através do DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, fazem parte dos ACES várias unidades funcionais, autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, nomeadamente, as Unidades de Saúde Familiares (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); a Unidade de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). É através da UCC que o ACES se articula com a RNCCI, concretamente, pelas ECCI. Estas equipas têm como competências a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, e cuja necessidade de internamento se exclui.

As ECSCP, segundo os art.º 29 e 30 do DL nº101/2006, de 6 de junho, entretanto revogados pelo art.4 do DL nº136/2015, de 28 de julho, caracterizavam-se por serem equipas multidisciplinares da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e integrarem, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Estas equipas

tenham por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às ECCI e às UMDR e ULMD e assegurar: I) formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais a prestar cuidados continuados domiciliários; II) avaliação integral do doente; III) tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; IV) gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais e V) assessoria e apoio às ECCI, familiares e ou cuidadores informais.

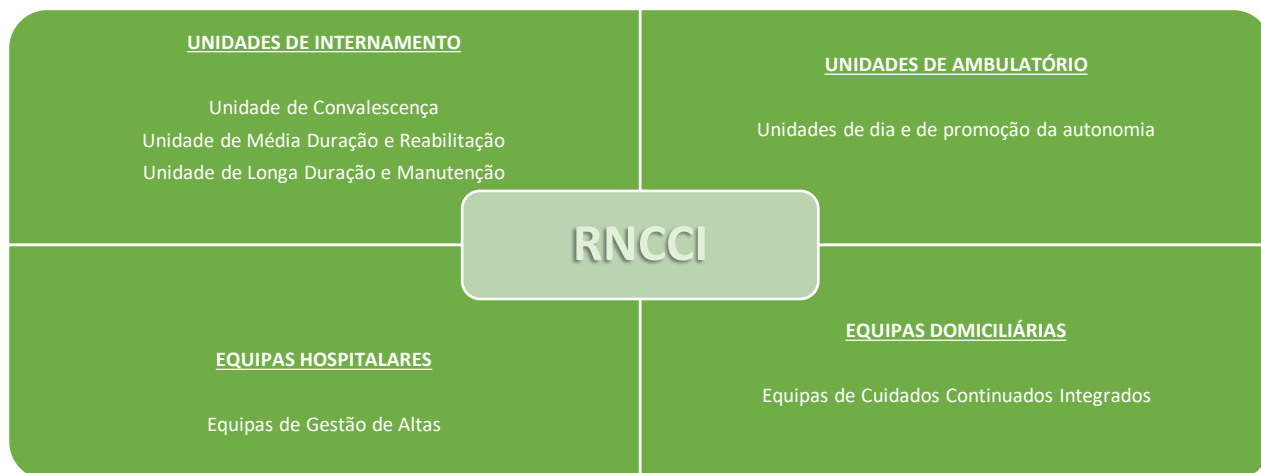
Posteriormente, como já acima referido, foi publicado o DL n.º 136/2015, de 28 de julho, que procede: I) à primeira alteração ao DL n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria como já referido a RNCCI, e II) à segunda alteração ao DL n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Assim, atendendo à nova redação do art.º 12 do DL n.º 101/2006, de 6 de junho, promovida pelo referido DL n.º 136/2015, de 28 de julho e à Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (“Lei de Bases dos Cuidados Paliativos”), que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), regulamentada, por sua vez, designadamente, pelo DL n.º 173/2014, de 19 de novembro, as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na RNCCI, passando a estar incluídas na RNCP, as quais poderão coexistir com as primeiras.

No que respeita às unidades e ECCI de saúde mental prevê-se que as mesmas estão integradas na RNCCI, sendo coordenadas pelas mesmas estruturas e articulando-se com os serviços locais de saúde mental (n.º 2 do art.º. 1.º e n.º 1 do artigo 6.º, ambos do DL n.º 8/2010, de 28 de janeiro, com as alterações do DL n.º 136/2015, de 28 de julho e n.º 2 do art.º. 2.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho, com as alterações do DL n.º 136/2015, de 28 de julho). Destinadas às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade e inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que estão integradas na RNCCI (n.º 2 do art.º. 1.º do DL n.º 8/2010, de 28 de janeiro, com as alterações do DL n.º 136/2015, de 28 de julho).

A figura 4 representa de forma esquematizada as tipologias da RNCCI.

Figura 4 - Tipologias de resposta da RNCCI



Fonte: DL n.º 101/2006, de 6 de junho com as alterações do DL n.º 136/2015, de 28 de julho

1.4.6. Processo de sinalização, referenciação e admissão na RNCCI

A Rede no seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados e critérios de exclusão. Baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da RNCCI. O modelo adotado visa assegurar a continuidade dos cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, setores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade (Relatório da Implementação e Monitorização da RNCCI, 2014).

Segundo a UMCCI (2009), a admissão de utentes na RNCCI, ocorre através de um processo de referenciação, cujo objetivo é o de providenciar os melhores recursos disponíveis considerando as necessidades de dependência e reabilitação do indivíduo, bem como as especificidades do seu contexto sociofamiliar.

São admitidos na RNCCI, todos os indivíduos que se encontrem nas seguintes condições:

1. Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
2. Dependência funcional prolongada;
3. Idosos com critérios de fragilidade;

4. Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
5. Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O processo de referenciação pressupõe a existência de uma uniformidade de procedimentos, cuja finalidade é garantir o acesso célere e adequado aos serviços da RNCCI. Com o objetivo de garantir estes pressupostos o processo de referenciação é operacionalizado pelas EGA dos hospitais do SNS ou CSP através dos ACES ou ULS, pelas ECL e pelas ECR. A Equipa de Coordenação Nacional da RNCCI – ACSS, intervém ao nível da monitorização e regulação de todo o processo de referenciação.

No caso de a referenciação ocorrer num hospital, esta é realizada pela EGA do hospital. Esta equipa tem como competência a preparação e gestão da alta hospitalar devendo articular-se com os serviços necessários ao adequado encaminhamento do processo do doente, de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo, grau de dependência, potencial de reabilitação e contexto sociofamiliar. A EGA propõe a referenciação para admissão na RNCCI à ECL que avalia a situação de saúde e social do indivíduo e verifica o cumprimento dos critérios de referenciação.

A referenciação de doentes internados em hospitais integrados no SNS, para a RNCCI, é sempre precedida de sinalização pelos profissionais dos serviços de internamento à EGA, ou seja, deve existir um planeamento da alta de doentes que careçam de CCI após a alta do hospital, efetuado pelas equipas dos respetivos serviços, que devem sinalizar atempadamente à EGA essas necessidades.

A sinalização corresponde ao registo no SI GESTCARE, da existência de um doente suscetível de referenciação para a RNCCI (ACSS, 2013).

O tempo de sinalização corresponde ao número de dias entre a data de internamento do episódio ou a data de internamento do serviço que identifica a necessidade e o registo da sinalização no SI GESTCARE (ACSS, 2013).

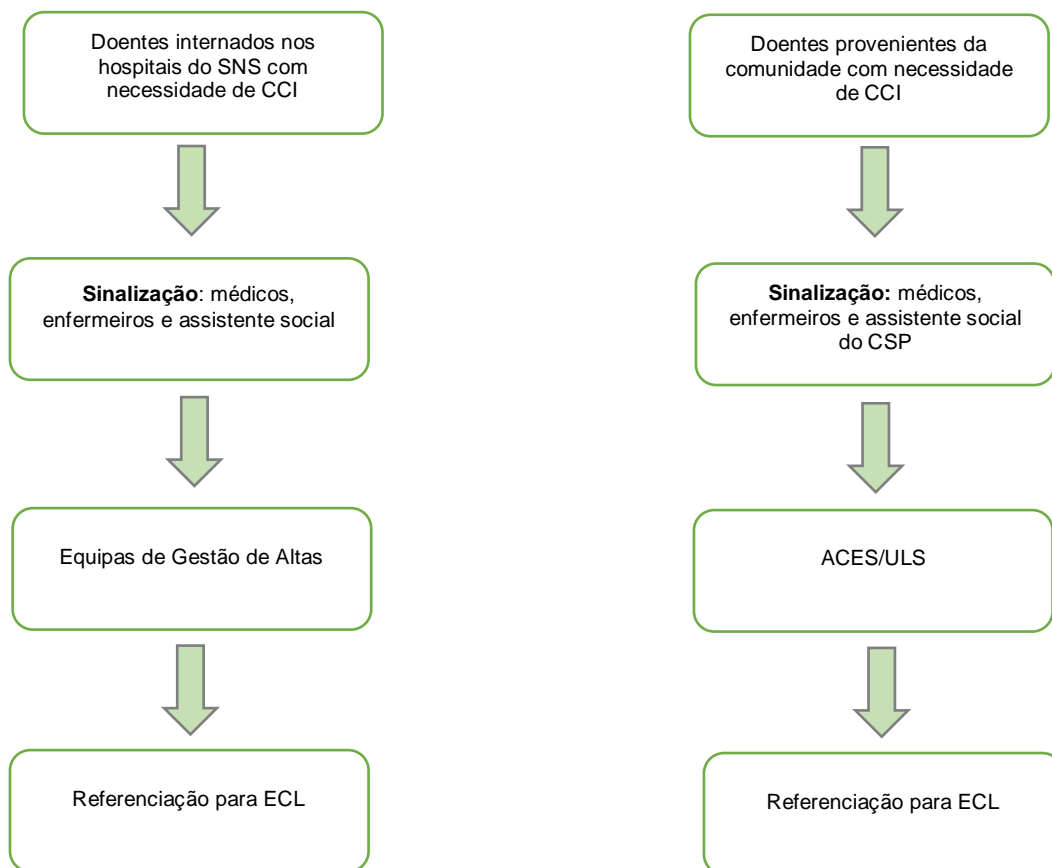
Considera-se sinalização atempada, sempre que esta ocorra antes do prazo limite estabelecido (negociado por cada ARS). Atualmente a UMCCI recomenda como boas práticas, que os doentes sejam sinalizados até 4 dias após o internamento no serviço que faz a sinalização (ACSS, 2013).

A referenciação para a RNCCI pode igualmente ocorrer na comunidade, por um elemento do ACES, médico, enfermeiro ou assistente social, dando seguimento ao processo à ECL. À ECL cumpre avaliar e validar a referenciação de acordo com os critérios de inclusão previstos para as diferentes tipologias de resposta na RNCCI.

Os doentes provenientes da comunidade, são sinalizados por profissionais da área da saúde e ou social do ACES ou ULS às equipas referenciadoras dos CSP.

A figura 5 ilustra o processo de sinalização e referência para RNCCI.

Figura 5 - Processo de sinalização e referência - proveniência do hospital e comunidade



Adaptado: UMCCI, 2009

A responsabilidade pela admissão do utente na RNCCI, mediante um processo de referência próprio, com critérios específicos, cuja proveniência pode ser do hospital ou do ACES/ULS, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatorio ou domiciliário, é da responsabilidade e competência da ECL (UMCCI, 2009).

É necessário que o utente (ou o seu representante) assine o consentimento informado e, no, caso das UMDR e ULDM, aceite as respetivas condições de participação.

A referência para a RNCCI ocorre pelo seguimento de diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social realizada pelas EGA do hospital integrado no SNS ou pelas equipas referenciadoras dos CSP sujeita a validação pela ECL da área de residência do utente, de acordo com os formulários e processos de registo definidos pelos organismos competentes.

Após a referenciação, a ECL avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente. A referenciação de doentes, internados no hospital integrado no SNS feita pela EGA à ECL da área de domicílio do doente, deverá ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar. A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o utente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI, designadamente quanto a:

- a) Nota de alta médica, com informação da situação clínica e medicação;
- b) Notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
- c) Notas do serviço social;
- d) Cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou do relatório dos mesmos;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares de diagnóstico, com identificação do responsável pelo seguimento do doente, quando aplicável.

Na referenciação do utente para RNCCI deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e, sempre que possível, ter em consideração a preferência do doente/cuidador (UMCCI, 2009).

A Rede deve articular-se com os CSP e com os CSH para garantir uma adequada referenciação e os cuidados em tempo útil. Para que a referenciação de utentes para a Rede seja feita de forma funcional e permitir o acesso a cuidados mais adequados e responder às necessidades dos utentes/cuidadores, um dos aspetos fundamentais, entre outros, é que os profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação reconheçam e avaliem atempadamente as necessidades dos utentes, que conheçam os critérios de inclusão e exclusão da Rede e sua composição e recursos disponíveis (UMCCI, 2009).

No que respeita ao processo de sinalização e referenciação de utentes para a RNCCI, estes podem ser influenciado e condicionado pelo facto do acesso aos cuidados na RNCCI ser feita por vários profissionais, de níveis destintos de atuação (CSH e CSP) e pelo facto de não terem sido formados na filosofia da multidisciplinaridade e transdisciplinaridade e pelo simples facto de desconhecem todas as potencialidades da Rede. Estes factos afetam também a capacidade de intersectoralidade e de articulação entre os restantes níveis de cuidados, onde persistem dificuldades imputáveis não só mas também aos profissionais que participam no processo de sinalização e referenciação para a RNCCI (UMCCI, 2009).

1.5. IMPACTO DA RNCCI NA EFICIÊNCIA HOSPITALAR

Importa, compreender se a RNCCI, está efetivamente a conseguir dar resposta às necessidades da população e a alcançar um impacto positivo na gestão de recurso hospitalares. Desta forma, é necessário analisar alguns aspetos, nomeadamente, avaliar o impacto da RNCCI no sistema de saúde português, mais concretamente, na eficiência hospitalar. Estará a RNCCI a conseguir retirar doentes dos hospitais de forma célere, prestando-lhes cuidados continuados em contexto mais adequados à sua condição de saúde?

Para se conseguir desviar os doentes dos hospitais para cuidados continuados com respostas mais equitativas, um dos aspetos cruciais é promover a sinalização e referenciação eficiente, atempada e adequada às reais necessidades dos utentes. Considerando que os hospitais têm um peso muito significativo nas referenciações para a RNCCI (63%) segundo o relatório da monitorização da RNCCI (2015), torna-se pertinente avaliar os conhecimentos, atitudes e perceção dos profissionais em contexto hospitalar, diretamente envolvidos no processo de sinalização e referenciação de utentes para a RNCCI e se estes estão adequados e ajustados às necessidades dos utentes e famílias. Avaliar quais os constrangimentos e dificuldades sentidas pelos profissionais no que se refere ao processo de sinalização e referenciação.

A admissão na RNCCI ocorre através de um processo de referenciação, este pressupõe a existência de uma uniformidade de procedimentos, cuja finalidade é a de garantir o acesso aos serviços da RNCCI, de forma adequada e atempada. A referenciação é sempre precedida de sinalização pelos serviços de internamento à EGA, preferencialmente, nos 4 dias após o internamento no serviço que faz a sinalização. Contudo, verifica-se que a sinalização ocorre habitualmente no momento da alta clínica, o que demonstra que não existe um planeamento de alta nem avaliação precoce das necessidades dos utentes e famílias após a alta hospitalar (Escoval *et al.*, 2013; ACSS, 2013).

Neste capítulo serão apresentados alguns resultados da implementação e monitorização da RNCCI e a evidência científica disponível, a nível nacional, sobre o impacto da RNCCI na eficiência hospitalar, posteriormente, serão apresentados os principais constrangimentos descritos na literatura sobre o processo de sinalização e referenciação.

1.5.1. Impacto da RNCCI na eficiência hospital e principais resultados da implementação da RNCCI

Segundo o Relatório de Implementação e Monitorização da RNCCI (2014), a informação sobre a RNCCI, objetivos, recursos existentes e acesso, ainda é pouco divulgado na sociedade em geral, nas famílias, no sistema de saúde, CSH e CSP. Claramente este será um aspeto a melhorar, pois pode condicionar o acesso dos cidadãos ao direito de promoção de autonomia, de recuperação global ou ações paliativas, independentemente da idade e da doença. Outra fragilidade apontada diz respeito à oferta atual não satisfazer a procura, sendo necessário promover e facilitar a coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais e aumentar os cuidados continuados em contexto domiciliário e ambulatório (PORTUGAL. MS. DGS, 2012).

Segundo Costa (2010), existe uma margem considerável de poupança e potencial para a libertação de camas hospitalares através do aumento do volume de referenciações para a RNCCI devendo estas ser feitas mais precocemente. Contudo, num estudo realizado pela ENSP-UNL. (PORTUGAL, MS, UMCCI, 2010), refere-se que os tempos de resposta para admissão na RNCCI ainda são muito elevados. Esta evidência é reconhecida pela UMCCI quando se verifica que o tempo entre a data de admissão hospitalar e sinalização que deveria ocorrer idealmente após 4 dias de internamento e a mais baixa é de 6,1 dias. Em algumas regiões (e.g., Alentejo e LVT) esse tempo aumentou de 2009 para 2010 e, a sinalização do utente é “cerca de 14 e 18 vezes mais” que o recomendado. Desta forma é necessário conhecer os principais constrangimentos a nível dos processos de sinalização e referenciação de utentes para a RNCCI e torná-los mais eficiente para melhorar da articulação entre níveis de cuidados (UMCCI, 2012).

O Relatório Anual da Monitorização da RNCCI (1º Semestre do Ano 2015) emana as seguintes recomendações: aumento dos cuidados prestados em contexto domiciliário, e em ambulatório, contudo a área do ambulatório, ainda aguarda implementação; monitorização da melhoria contínua da qualidade nas ECCI; informação mais transparente e detalhada sobre o número de lugares disponíveis para evitar assimetrias regionais; informação sobre os recursos humanos e adequação das equipas existentes e alocação de tempo adequado dos diferentes profissionais nas ECCI, para eventual contratualização de ECCI junto dos prestadores da RNCCI e implementação de auditorias externas para identificar oportunidades e ações de melhoria a nível local e regional.

Os principais resultados do Relatório Anual da Monitorização da RNCCI (2014) e o Relatório do 1º semestre de 2015 apresentam-se abaixo descritos:

- **A população da RNCCI é envelhecida, carenciada e com elevada incapacidade e dependência;**
- Aumento dos lugares de internamento, prevista a abertura de 990 novas camas na RNCCI em 2015, apesar do encerramento de 219 camas por cessação de acordos com as aberturas de 348 novas camas (até ao 1º semestre de 2015) regista-se um crescimento de 2,1% em relação ao final de 2014. Importa salientar que no ano 2014 em comparação com o ano 2013 os lugares de internamento já tinham tido um aumento de 12,4%;
- **O número de ECCI aumentou 3% comparativamente ao ano anterior (2014), de referir que no ano de 2014 número de ECCI já tinha apresentado um crescimento de 10% face ao ano 2013;**
- **Existem atualmente 14.023 lugares na RNCCI, sendo LVT a região com menor cobertura em relação a lugares de internamento;**
- Em relação a lugares domiciliários o Algarve apresenta a maior cobertura;
- As equipas referenciadoras cresceram 13,2% a nível hospitalar e a nível dos CSP cresceram 22%, existindo atualmente 720 equipas referenciadoras. As ECL cresceram 25% a nível nacional;
- A população da RNCCI com 65 anos ou mais representa 84,5%;
- A população com idade superior a 80 anos representa 47% do total da população;
- Os utentes incapazes e dependentes representam 97% da população (48% de incapazes e 49% de dependentes);
- Os utentes da RNCCI previamente já tinham vários apoios: alimentação (68%), higiene (57%) e medicamentos (57%). O apoio prestado por familiares cresceu de 68% para 82% aumentando também o apoio prestado por ajuda domiciliária e técnicos do serviço social;
- No destino pós-alta 10% tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional 75% das altas foram para o domicílio em 71% dessas altas com necessidade de suporte;
- Desde da criação da RNCCI, o número total acumulado de utentes referenciados para a RNCCI é de 239.741 e o total acumulado de utentes assistidos é de 222.113;
- **As ECCI representam a tipologia com maior referenciação a nível nacional (30%) e a que mais utentes assistiu (32,5%);**

- **Taxa de ocupação de ECCL: 65% no Norte, 63% no Centro, 68% em LVT, 79% no Alentejo e 68% no Algarve. Estas taxas revelam que existem lugares disponíveis nas ECCL, incentivando para uma maior referenciação para ECCL;**
- **Os hospitais referenciaram 63% dos utentes e 37% foram referenciados pelos CSP.**

Os resultados apresentados refletem a atividade desenvolvida pela RNCCI, desde a sua criação, conscientes que a sua atividade pode e deve ser melhorada, quer a nível de estrutura, processos e resultado, verificam-se resultados positivos e fundamentais para o seu desenvolvimento integrado com o SNS e apoio social (serviço de apoio domiciliário, centro de dias, acolhimento familiar, integração em lares, centro de atividades ocupacionais, lares de apoio e lares residenciais) desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e associações mutualistas a comparticipação financeira para o funcionamento das atividades de apoio social e os termos e condições da prestação de cuidados de saúde são definidos, localmente, mediante a celebração de acordos de cooperação entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social das administrações regionais de saúde e das instituições envolvidas.

Atendendo às características da população da RNCCI, a necessidade de respostas e apoios sociais é um contexto expectável, desta forma, além do crescimento de lugares na RNCCI, deverá ser acompanhado de crescimento de respostas institucionais a nível social, bem como o maior apoio aos cuidadores informais e do fortalecimento dos serviços domiciliários e apoio social para permitir uma resposta efetiva de continuidade de cuidados. Segundo um estudo de Sorensen *et al.* (2015) os subgrupos de população com privação financeira, baixo *status* social, baixa escolaridade ou idade avançada, têm maiores proporções de pessoas com limitada literacia em saúde.

No número de utentes referenciados para a RNCCI verifica-se igualmente um aumento em relação aos anos anteriores. Atualmente existem equipas referenciadoras hospitalares em todos os centros hospitalares e as equipas referenciadoras nos CSP têm sido reorganizadas em função dos ACES, os resultados referem um crescimento da referenciação provenientes dos CSP inserindo a RNCCI, cada vez mais nos cuidados de proximidade e comunitários como é o seu intuito, porém verifica-se que 63% das referenciações provêm das EGA hospitalares.

A referenciação hospitalar é mais representativa em LVT com cerca de 72% e a referenciação pelos CSP cerca de 28,2%. Esta região apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento e global. Dos utentes referenciados, a nível nacional, dos hospitais para unidades de internamento, $\frac{1}{3}$ dos utentes são referenciados pelos hospitais em LVT. Com este peso da referenciação hospitalar associado à sua cobertura populacional, as dificuldades de referenciação a nível hospitalar são esperadas em LVT, contudo verifica-se também que LVT é onde a referenciação para ECCI é maior a partir dos hospitais.

Apesar do aumento das camas na RNCCI, as mesmas ainda são insuficientes. Apesar disso a RNCCI apresenta um recurso muito mais barato e acessível – as ECCI – que ainda estão subutilizadas (OPSS, 2015). Segundo o mesmo relatório deve existir por parte das regiões uma sensibilização dos CSH e CSP para a disponibilidade de cuidados domiciliários.

As ECCI são a tipologia mais referenciada a nível nacional, o que demonstra uma clara tendência para potenciar o regresso do utente ao domicílio em detrimento das tipologias de internamento, o apoio aos cuidados domiciliários, apresentam-se como soluções mais custo-efetivas que procuram concretizar os princípios da proximidade e da intervenção articulada e integrada na prestação de cuidados.

No que se refere aos cuidados domiciliários, verifica-se que a RNCCI está a seguir as recomendações internacionais. Alguns países tentaram melhorar a prestação de LTC, uma das melhorias corresponde à prestação de cuidados domiciliários por profissionais, os designados *home care*, cujo número tem vindo a aumentar na generalidade dos países da OCDE. Em alguns países correspondem a 30% dos recursos públicos gastos em LTC (OECD, 2005). O decréscimo dos cuidados institucionais em detrimento dos cuidados no domicílio parece constituir a dimensão que ganha cada vez mais força nos estados membros da UE. A OCDE atribui a estas novas abordagens um aumento significativo da cobertura e do acesso.

Um dos desafios na concretização deste tipo de cuidados resume-se à falta de profissionais e, principalmente, de profissionais com formação específica na área (Comissão Europeia, 2008). Segundo o OPSS (2015) o número médio de médicos e enfermeiros/1000 habitantes é bastante inferior às médias da OCDE, em particular no caso dos enfermeiros, em que se verifica uma clara redução quando comparados com as médias da OCDE, o que constitui uma limitação, na medida em que tal encarece os cuidados, tornando-os menos acessíveis, porque são os enfermeiros que assumem a maioria dos cuidados domiciliários e são os profissionais o principal recurso de qualquer sistema de saúde.

Ainda em termos de cuidados domiciliários, verifica-se a tendência para ações articuladas entre os sistemas formais e informais. Estas ações vão desde a formação que facilita a prestação de cuidados, o acesso a cuidados de descanso que aliviem a carga emocional e psicológica suportada pelo cuidador informal, incentivos financeiros e subsídios, principalmente para aqueles que têm de deixar o seu emprego para cuidar do seu familiar (OECD, 2005).

Verifica-se também por parte da RNCCI uma maior articulação com os CSP, fenómeno visível pelo aumento de ECCI. Estas respostas domiciliárias são essenciais para evitar a institucionalização de utentes que, necessitando de cuidados, podem permanecer na sua casa. Segundo a CE (2009) a aposta futura é para a necessidade de aumentar os cuidados continuados, principalmente na sua componente de base comunitária e domiciliária mais do que no número de camas, assegurar a continuidade de cuidados e a mobilidade dos utentes para respostas mais adequadas ao seu estado de saúde, apresentando-se como um fator crítico de sucesso para o desempenho dos sistemas de saúde.

Também o OPSS (2011) recomenda a implementação de medidas que melhorem o nível da articulação da RNCCI com os restantes níveis de cuidados, com o intuito de aumentar a sua eficiência e eficácia fomentando desta forma a sua sustentabilidade. Refere que os processos de sinalização e referenciação deverão ser repensados e melhorados e aumentar as taxas de ocupação das tipologias das ECCI.

Os resultados obtidos pela Rede refletem a crescente adesão dos profissionais, a atividade desenvolvida pelas EGA, através da referenciação de utentes para a RNCCI, demonstrando o reconhecimento dos profissionais dos benefícios para a eficiência hospitalar e para os cidadãos. Costa (2010) afirma que o “custo diário médio” apurado na RNCCI foi de 82€ (2009) bem menor que o custo diário médio hospitalar, apurado em 403 € (2008), ou seja, o valor/doente é inferior ao mesmo doente internado em hospitais do SNS. Esta adesão dos profissionais também pode ser explicada pela inclusão de indicadores relacionados com a sinalização e referenciação, no contrato-programa com os hospitais (OPSS, 2009).

Apesar destes resultados e meritório percurso, um dos objetivos estratégicos com a criação e implementação da RNCCI, era a racionalização de recursos (escassos e limitados) em termos hospitalares e no impacto que este modelo poderia induzir na eficiência dos hospitais e na sustentabilidade do SNS, contudo estudos realizados por Escoval *et al.* (2011; 2013) verificaram que a demora média era mais elevada nos doentes que são referenciados para a RNCCI do que os que não são referenciados, ou

seja, a demora dos episódios que resultaram em referências para a RNCCI supera a demora média nacional para os mesmos GDH.

Da revisão da literatura disponível, verificou-se alguns dos fatores que podem condicionar a eficiência hospitalar e o desvio atempado dos doentes dos hospitais para os cuidados continuados, entre eles, a sinalização desadequada ou excessiva, referência tardia, os recursos humanos envolvidos, a falta de formação e interesse dos profissionais que participam no processo de sinalização e referência, ausência de uniformização e consensualização de procedimento e a ausência de comunicação entre as organizações, os serviços e as próprias equipas (Duffy *et al.*, 2011).

Na análise da problemática em torno do processo de referência, importa analisar a média de dias decorridos entre a referência e a disponibilização de vagas. Por exemplo, na região de LVT, um hospital que referencie um doente para uma UMDR poderá ver a cama ocupada desse doente por cerca de 42 dias até ter a vaga, no caso da ULDM cerca de 37 dias e na UC aproximadamente 21 dias. Ressalta aqui o problema do modelo de financiamento afetando a eficiência de gestão de recursos dos hospitais. Durante esses dias, o hospital suportará, do seu orçamento, a permanência desse doente e utilizará recursos de forma desnecessária e condicionará o acesso a doentes com reais critérios agudos que recorram aos hospitais. Estudos realizados por Petronilho (2013) e Tavares (2011) evidenciam que esta demora na identificação de vagas na RNCCI para os doentes referenciados, poderá contribuir para uma certa subreferência e para o esforço de “empurrar” os doentes dependentes para o domicílio sem avaliar as reais necessidades dos doentes e cuidadores, condicionando o acesso aos cuidados. Em 2014, 1497 doentes aguardavam vaga na RNCCI, sendo que 548 eram da região de LVT (Relatório de Monitorização da RNCCI, 2015).

Noutro estudo realizado por Escoval *et al.* (2013), os resultados da demora média global, mantiveram-se elevados, como já tinha sido verificado num estudo anterior dos mesmos autores (2011), verificando-se um aumento para 29,5 dias, sendo a região de LVT é a que apresenta valores médios mais elevados (50,3 dias). Pelos resultados observados no decorrer da análise, todos os GDH apresentam demoras médias de referência superiores à demora média nacional para o mesmo GDH não se desviando do que foi possível apurar no estudo anterior (2011).

Os mesmos autores tentaram compreender os atuais constrangimentos hospitalares, no âmbito da sinalização e referência de doentes para a RNCCI, bem como dos circuitos de informação e procedimentos necessários por parte de todos os intervenientes, aplicando um questionário às EGA a nível nacional. A maioria das EGA

refere que o atraso nas altas hospitalares se deve à falta de resposta da RNCCI, da sinalização e referenciação tardia, dos atrasos relativos a documentação e resistência e desinteresse dos profissionais.

As EGA apontam algumas fragilidades decorrentes do facto de os critérios de referenciação serem generalistas, a cultura organizacional, a dificuldade em caracterizar a rede de apoio sociofamiliar, a insuficiente informação clínica e as preferências dos doentes. Apesar da maioria das EGA não referir dificuldades no processo de referenciação, identificam fatores que o tornam complexo, como a demasiada burocratização, a resistência dos profissionais, a lentidão e extensão do processo, a existência de demasiados intervenientes.

Como aspetos positivos a maioria refere a rapidez e disponibilidade da EGA, a articulação com os serviços de internamento e o trabalho de equipa. Como negativos, apontam a falta de articulação e informação sobre as unidades prestadoras da RNCCI, a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho. Relativamente a melhorias no processo sugerem a centralização numa só estrutura e a criação de respostas unicamente sociais.

Em termos organizacionais e estruturais parece existir um planeamento bem definido contudo a sua implementação efetiva aparentemente é dificultada pela alteração de métodos de trabalho e cultura organizacional que precisam de se ajustar à intervenção multidisciplinar e intersetorial para assegurar a continuidade dos cuidados necessários.

PARTE 2 – METODOLOGIA

2.1. METODOLOGIA

2.1.1. Contexto do estudo

A investigação é essencial para a construção de novos conhecimentos e desenvolvimento científico, pois permite uma aproximação e compreensão sobre os fenómenos e acontecimentos. É a compreensão sobre os acontecimentos e fenómenos que permitem avançar, produzir, refutar e desenvolver o conhecimento científico (Fortin *et al.*, 2006).

No presente estudo pretende-se identificar os constrangimentos sentidos pelos profissionais no contexto hospitalar, no âmbito dos processos de sinalização e referenciação de doentes para as ECCL. O interesse deste tema surge por ser uma área de extrema relevância para a eficiência dos hospitais, qualidade e acesso aos cuidados de saúde, associado ao reduzido número de estudos nacionais publicados nesta área, constituiu uma motivação adicional para o desenvolvimento do presente estudo.

2.1.2. Questão de Investigação

O presente estudo teve como base a seguinte questão de investigação: “Quais os principais constrangimentos descritos pelos profissionais que condicionam a sinalização e referenciação para as ECCL, no HFF?”

2.1.3. Objetivos do Estudo

A definição de objetivos é fundamental para o desenvolvimento de uma investigação, uma vez que esta é conduzida e orientada para que os mesmos sejam alcançados com sucesso.

2.1.3.1. Objetivo Geral

Para o presente estudo, foi definido como objetivo geral:

- Identificar os principais constrangimentos descritos pelos profissionais de contexto hospitalar no processo de sinalização e referenciação para as ECCL.

2.1.3.2. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, foram definidos:

- a. Caracterizar as referências e perfil de referências da EGA do HFF para a RNCCI desde 2007 até 2015;
- b. Caracterizar as referências para as ECCI da EGA do HFF de 2011 até 2015;
- c. Identificar os principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI, no HFF;
- d. Identificar possíveis soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI, no HFF.

2.1.4. Desenho e metodologia do estudo

O desenho do estudo é definido como o conjunto de decisões a tomar para desenvolver uma estrutura operacional, que permita responder às questões de investigação e a metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência (Fortin, *et al.*, 2006).

O presente estudo considera-se um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

No estudo de investigação desenvolvido foi utilizada uma abordagem qualitativa, considerando esta, a que melhor se adequa para dar resposta à questão de investigação, possibilitando a exploração, identificação e descrição do fenómeno em estudo.

Esta abordagem permite obter perspectivas/descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, as principais vantagens consiste no papel do investigador, que tem de estar próximo e relacionar-se com a pessoa/fenómeno a ser estudado, esta subjetividade permite medir a sensibilidade e a intuição na avaliação, podendo ter benefícios consideráveis em algumas áreas específicas, como no caso da saúde (Hick, 2000) e permitir analisar o fenómeno de interação entre os sujeitos (Streubert e Carpenter, 2002).

2.1.5. Fase exploratória

Antes da fase de recolha de dados, foi necessário realizar uma revisão da literatura e um elaborar um quadro de referência, a técnica utilizada foi a pesquisa documental, que consistiu na leitura de vários documentos relevantes sobre a matéria, legislação, relatórios, artigos e dissertações de mestrado, envolvendo todo o tipo de documento ao alcance permitindo o conhecimento e identificação do estado de arte.

Para a análise das publicações internacionais, foram utilizados, especialmente, as plataformas de base de pesquisa *Pubmed*, *Emerald*, *Google Scholar*, *Scielo*, os sítios da OMS, OCDE e do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, os recursos bibliográficos disponíveis no Centro de Documentação da ENSP, DGS, UMCCI, OPPS, entre outros, e, ainda, as referências bibliográficas indicadas nos estudos mais relevantes na matéria em estudo e fontes de informação e publicações designada por literatura cinzenta sobre a matéria em estudo.

Para o desenvolvimento estrutural do guião de entrevista realizadas aos profissionais foram realizadas previamente sessões informais com os profissionais envolvidos nos processos e observação não participante dos circuitos de sinalização e referenciação para as ECCL.

As sessões e conversas informais com os intervenientes nos processos de sinalização e referenciação, bem como a observação direta dos circuitos de sinalização e referenciação, demonstraram ser uma mais-valia para o desenvolvimento do guião das entrevistas, facilitaram a seleção, orientação e recolha de informações pertinentes para o estudo. Esta etapa exploratória, prévia ao desenvolvimento das entrevistas possibilitou o contacto direto e privilegiado com os participantes, a observação e mapeamento dos processos e simultaneamente ter acesso não só à experiência destes como também a sensações, linguagem não-verbal, ambiente envolvente, bem como a outros pormenores que contribuíram para enriquecer as informações recolhidas e ajudaram na realização do guião das entrevistas.

2.1.6. Local do trabalho de investigação

Este estudo, tendo como objetivo identificar os constrangimentos sentidos pelos profissionais que participam no processo de sinalização e referenciação para as ECCL, e foi desenvolvido em contexto hospitalar no HFF.

2.1.7. Caracterização dos participantes do estudo

A seleção dos participantes do estudo é uma etapa importante, em que existe a necessidade de delimitar quais os critérios para essa mesma seleção. Sendo o presente estudo desenvolvido numa unidade de saúde hospitalar, a população em estudo são todos os profissionais em contexto hospitalar que intervêm no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, concretamente: enfermeiros, médicos, assistentes sociais e EGA, do HFF.

A amostra do presente estudo é uma amostra por conveniência. A escolha deste método deveu-se acima de tudo à facilidade de obtenção dos dados. É uma amostragem opinática, uma vez que *“o investigador seleciona os sujeitos em função de um critério estratégico pessoal, os sujeitos que possuem um conhecimento mais profundo do problema a estudar, os que são mais facilmente abordáveis (para poupar recursos humanos e materiais) ou os que voluntariamente se mostram disponíveis para colaborar com o investigador”* (Aires, 2011).

A amostra do presente estudo é constituída pelos seguintes elementos:

- 4 Enfermeiros de serviços de internamento (serviços que apresentam maior número de sinalizações e referenciações para as ECCI);
- 3 Assistentes Sociais;
- Equipa de Gestão de Alta;
- 4 Médicos de serviços de internamento (serviços que apresentam maior número de sinalizações e referenciações para as ECCI);

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo:

- Aceitar participar no estudo, considerando-se indicativo de concordância de participação voluntária nas entrevistas semiestruturadas e entrevistas de grupo focal.
- Profissionais que participam no processo de sinalização e referenciação a exercer funções no HFF.

2.1.8. Método de recolha de dados

Com vista ao desenvolvimento do presente estudo, foram aplicadas diferentes técnicas de recolha de dados, nomeadamente, observações diretas e não participantes, levantamento de dados sobre as referenciações no HFF (dados fornecidos pela EGA do HFF), entrevistas semiestruturadas também conhecida como semidiretiva ou

semiaberta a médicos e entrevistas em grupo focal com assistentes sociais, enfermeiros e EGA, sobre os principais contrangimentos sentidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, com recurso a um guião de entrevista (Anexo 1).

Nas entrevistas realizadas, apesar de existir um conjunto de questões predefinidas (Anexo 1), houve liberdade para colocar outras questões cujo interesse surgiu no decorrer das mesmas, permitindo desta forma obter informações de forma mais livre e espontânea.

A técnica da entrevista é uma das mais utilizadas para recolha de informação, especialmente nos estudos exploratórios-descritivos de abordagem qualitativa, uma vez que permite um contacto direto com os participantes, sendo possível a recolha de informação relativas a acontecimentos, ideias, opiniões vivências, comportamentos e sentimentos, verbalizadas pelos participantes (Streubert e Carpenter, 2002).

2.1.9. Análise e tratamento dos dados recolhidos

Procedeu-se à análise dos dados fornecidos, durante a qual foram tratados os dados referentes ao número total de referenciações e perfil de referenciações para as tipologias da RNCCI e número total de referenciações para as ECCI. Nesta fase, foi solicitada a colaboração da EGA do HFF. Os dados recolhidos junto da EGA foram sistematizados numa folha de cálculo, utilizando o programa informático Microsoft® Excel 2013 e a análise do conteúdo das entrevistas foram sistematizados no Microsoft® Word 2013 e Microsoft® Excel 2013.

As entrevistas foram gravadas e totalmente transcritas e analisadas utilizando como sistema de classificação a metodologia de análise de conteúdo, este método permitiu a transformação da informação recolhida através das entrevistas e posteriormente determinar a disposição dessa informação em categorias analíticas e subcategorias. O principal objetivo da análise de conteúdo consiste na transformação de todo o material recolhido e consequentemente a disposição dessa informação em categorias analíticas determinadas *à priori* ou *à posteriori* (Fialho *et. al.*, 2004).

2.1.10. Considerações Éticas

Para a realização do presente estudo foi deliberado um parecer favorável da Comissão de Ética do HFF (Anexo 2).

Deste modo, no presente estudo, na recolha dos dados fornecidos pela EGA e nas entrevistas realizadas aos profissionais foram acautelados todos os princípios éticos

inerentes a este tipo de investigação. No decorrer da investigação apenas a EGA teve acesso ao processo clínico informático, SOARIAN e sistema informático SI GESTCARE. Todos os dados disponibilizados pela EGA não constam quaisquer elementos identificativos ou identificáveis dos doentes.

Para a realização da entrevista aos profissionais foi solicitado o preenchimento de um consentimento informado (Anexo 3), após terem sido explicados os objetivos do estudo em questão. Este consentimento documenta a declaração por escrito da decisão voluntária de participação e autorização de gravação, bem como a possibilidade de recusarem a sua participação e/ ou desistirem no decorrer das entrevistas, e a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas durante a entrevista.

As entrevistas aos profissionais decorreram no período de junho e julho de 2015, foram realizadas 4 sessões, com duração aproximadamente entre uma a duas horas, estas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados.

Ao longo do estudo, e de forma a tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas entrevistas, foram garantidos os direitos dos participantes, tais como a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade e todos os dados obtidos são confidenciais e apenas usados para o estudo em questão.

PARTE 3 – RESULTADOS

3.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo surgem os principais resultados obtidos no estudo, de acordo com os objetivos previamente definidos. Inicialmente apresenta-se a caracterização das referenciações e perfil de referenciações da EGA do HFF para a RNCCI desde 2007 até 2015. Posteriormente a caracterização das referenciações para as ECCI da EGA do HFF de 2011 até 2015. De seguida surgem os principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, no HFF e por fim soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI.

3.1.1. Caracterização das referenciações e perfil de referenciações da EGA do HFF para a RNCCI desde 2007 até 2015.

A tabela 2 apresenta-se o número total de doentes referenciados pela EGA do HFF para a RNCCI.no período entre 2007-2015.

Tabela 2 - Número total de doentes referenciados para RNCCI (2007-2015) pela EGA

TIPOLOGIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
UMDR	11	52	52	45	80	149	161	92	176	818
ULDM	17	67	52	34	73	82	77	80	137	619
UP	72	53	102	151	151	137	168	124	175	1133
UC	17	59	53	77	48	93	104	98	173	722
ECCI	-	-	-	-	23	46	92	92	139	392
TOTAL	117	231	259	307	375	507	602	486	800	3684

A tabela 2 demonstra o número total de doentes referenciados para a RNCCI. No período de 2007-2015 foram referenciados um total de 3684 doentes para as várias tipologias da RNCCI. Apesar de se verificar algumas oscilações no número total de doentes referenciados para a RNCCI, maioritariamente verifica-se que houve um aumento progressivo das referenciações ao longo dos anos para as várias tipologias da RNCCI.

No que respeita à tipologia UMDR no ano de 2007 (início da atividade da EGA do HFF) foram referenciados 11 doentes para esta tipologia de internamento. Entre 2008-2009 foram referenciados um total de 52 doentes em cada ano, em 2010 verificou-se uma ligeira diminuição de doentes referenciados, com um total de 45 doentes. Em 2011 as referenciações voltam a aumentar tendo sido referenciados pela EGA um total

de 80 doentes, no período entre 2012-2013 verificou-se um aumento significativo de referências para esta tipologia, em comparação com os anos anteriores, nesse período foram referenciados um total de 149 e 160 respectivamente. No ano de 2014 verificou-se uma diminuição no número total de referências para UMDR, apenas foram referenciados para esta tipologia 92 doentes. Porém em 2015 verificou-se um aumento no número de referências para UMDR com um total de 176 doentes referenciados pela EGA, importa referir que atualmente esta é a tipologia mais referenciada pela EGA do HFF.

No que concerne à tipologia ULDM no ano 2007 foram referenciados pela EGA um total de 17 doentes, em 2018 verificou-se um aumento para 67 doentes referenciados, nos anos 2009 e 2010 houve uma diminuição do número de doentes referenciados para esta tipologias, um total de 52 e 34 respectivamente. No ano de 2011 volta a verificar-se um aumento de referências para as ULDM com um total de 73 referências pela EGA. No período entre 2012-2014 os números de doentes referenciados não oscilou muito, com valores entre os 82-77. Mas no ano de 2015 verificou-se um aumento no número de referências da EGA com um total de 137 doentes referenciados para a tipologia de ULDM.

Relativamente às UP no período entre 2007-2015 esta foi a tipologia com maior número de referências pela EGA do HFF, com um total de 1133 doentes referenciados. De referir que em 2015 foram referenciados para as UP um total de 175 doentes, foi o ano em que houve mais referências para esta tipologia, sendo a segunda tipologia mais referenciada pela EGA do HFF.

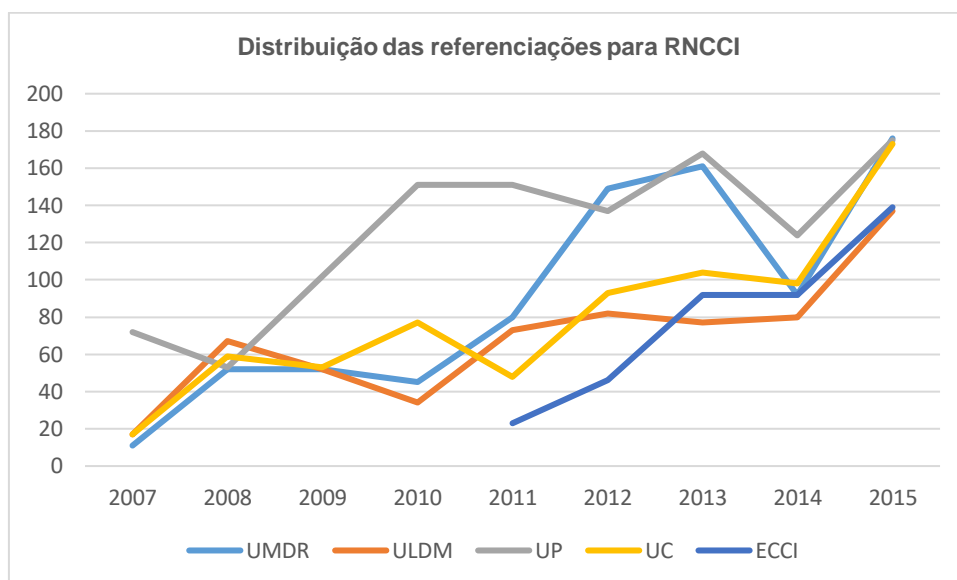
O que se refere à tipologia de UC no período de 2007-2015 foram referenciados para esta tipologia um total de 722 doentes, esta é a terceira tipologia mais referenciada pela EGA do HFF desde 2007 até 2015. Também nesta tipologia verifica-se de uma forma geral um aumento do número de referências ao longo dos anos com pequenas variações, com exceção do ano 2011 que foi o ano com menos referências, apenas foram referenciados pela EGA um total de 48 doentes. No ano de 2015 verificou-se um aumento significativo no número de referências (173) para UC comparativamente com o ano 2014 (98).

Pelos dados apresentados verifica-se que nas ECCI houve um aumento progressivo ao longo dos anos no número total de referências. No ano 2011 foram referenciados para as ECCI um total de 23 doentes comparativamente em 2015 foram referenciados para as ECCI um total de 139 doentes. Pelos dados apresentados verifica-se um aumento significativo de referências da EGA para as tipologias domiciliárias, desde 2011 até 2015 foram referenciados para as ECCI um total de 392 doentes, contudo esta ainda é a tipologia com menor número total de referências no

HFF, importa referir que a referenciação para as ECCI apenas iniciou atividade em 2001 no HFF e as restantes tipologias de internamento em 2007.

O seguinte gráfico 1 apresenta o perfil da distribuição das referenciações para a RNCCI entre 2007-2015.

Gráfico 1 - Distribuição das referenciações para RNCCI (2007-2015)



Pelo gráfico 1, verifica-se que as tipologias mais referenciadas pela EGA do HFF são as UP e UMDR. Em relação às ECCI, estas têm vindo a ser cada vez mais referenciadas pela EGA.

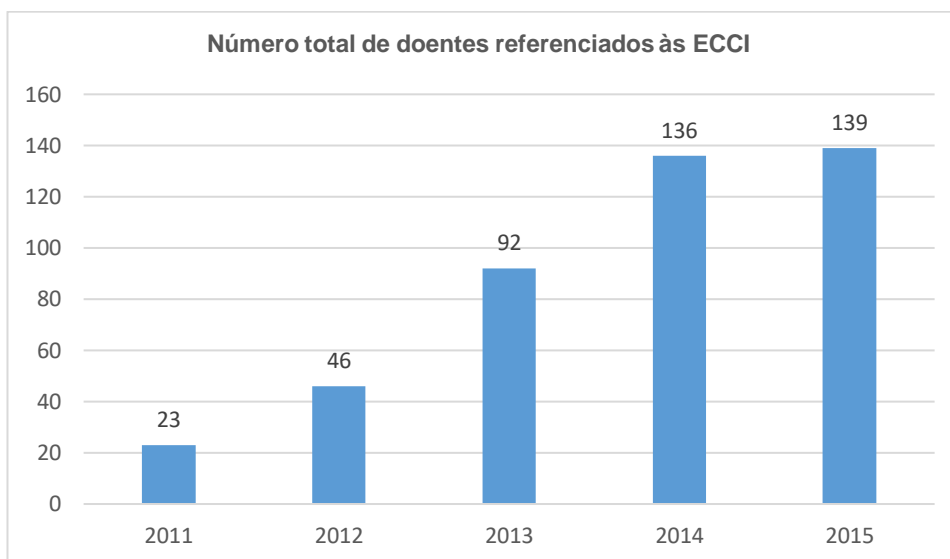
Segundo os dados, entre 2007-2015, houve um aumento do número total de doentes referenciados para as várias tipologias da RNCCI, à exceção do período entre 2013-2014, em que se verificou uma diminuição no número de referenciações em quase todas as tipologias exceto a tipologia ULDM e ECCI, contudo a diferença na primeira (ULMD) é apenas de mais três referenciações (80) e no caso das ECCI foram referenciados o mesmo número de doentes nos dois anos (92). A tipologia com maior queda no número de referenciações entre 2013-2014 foi a UMDR, em 2013 foram referenciados pela EGA um total de 161 doentes e em 2014 apenas 92 doentes foram referenciados para UMDR.

Entre 2007-2015 foram referenciados para a RNCCI, um total de 3684 doentes. As tipologias mais referenciadas foram as UP (1133) e UMDR (818). No que se refere às ECCI, estas apenas começaram a ser referenciadas em 2011, mas apesar de recente, verifica-se um aumento progressivo no número de doentes referenciados para esta tipologia domiciliária, em 2011 foram referenciados 23 doentes mas em 2015 foram referenciados 139 doentes.

3.1.2. Caracterização das referências para as ECCI da EGA do HFF de 2011 até 2015.

O gráfico seguinte apresenta o número total de doentes referenciados às ECCI pela EGA do HFF.

Gráfico 2 - Número total de doentes referenciados às ECCI



O gráfico 2 apresenta os dados referentes às referências para as ECCI. Como anteriormente verificado, as referências para as ECCI têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Em 2011 foram referenciados um total de 23 doentes para as ECCI, em 2012 houve um aumento do número de referências para 46 doentes, no ano de 2013, constatou-se igualmente a tendência para o aumento das referências para as tipologias domiciliárias com um total de 92 referências. Em 2014 foram referenciados para ECCI um total de 136 doentes. No último ano (2015) apesar de existir mais doentes referenciados a diferença comparativamente com o ano anterior foi apenas de mais três referências. Pela análise dos dados verifica-se que nos quatro primeiros anos (2011-2014) o aumento no número total de referências para as ECCI foi mais significativo.

Na tabela seguinte apresenta-se o tempo médio de resposta da RNCCI (dias) por tipologias no HFF.

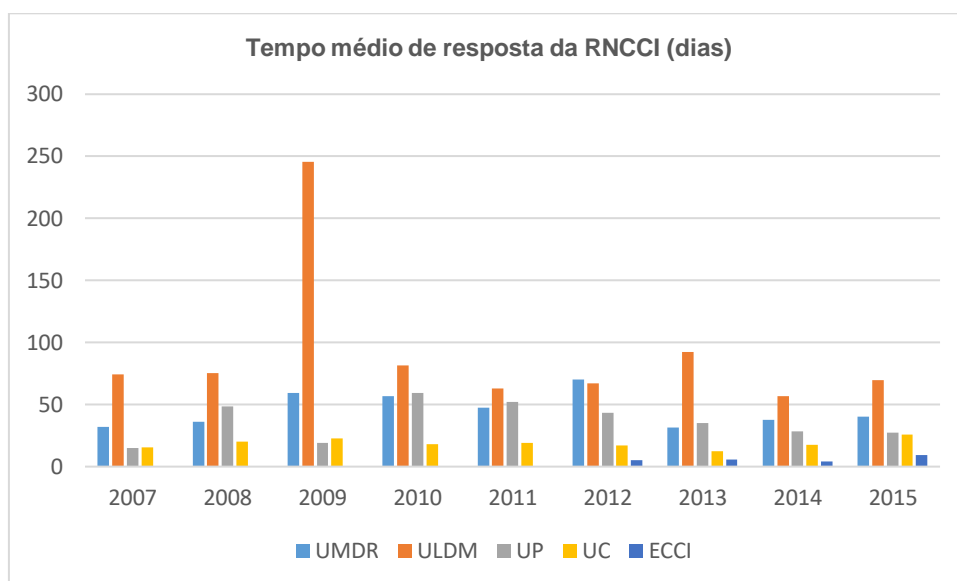
Tabela 3 - Tempo médio de resposta da RNCCI (dias) por tipologia (2007-2015)

TIPOLOGIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
UMDR	32	36,1	59,1	56,6	47,4	70	31,4	37,8	40,2	45,6
ULDM	74,3	75,4	245,4	81,4	63	67,3	92,3	56,6	69,6	92,7
UP	15,1	48,3	18,9	59,1	52,3	43,4	35,2	28,6	27,6	36,5
UC	15,3	20,3	22,7	17,9	18,9	17	12,3	17,7	25,6	18,6
ECCL	-	-	-	-	-	5,1	5,7	4,2	9,3	6,1

Na tabela 3 surgem os dados referentes ao tempo médio de resposta da RNCCI (dias) por tipologias no HFF, com especial destaque para a tipologia de internamento ULDM com uma média de 92,7 dias e UMDR de 45,6 dias de tempo de resposta entre os anos de 2007-2015. No que se refere às UMDR o mínimo são 32 dias (2007) e o máximo 70 dias (2012) de tempo de resposta entre os anos de 2007-2015. Em relação às ULDM o mínimo são 56,6 dias (2014) e o máximo 245,4 dias (2009) de tempo de resposta, em igual período de tempo (2007-2015). No que se refere às UP estas apresentam um mínimo de 15,1 dias (2007) e máximo de 25,6 dias (2015) de tempo de resposta entre 2007-2015. Já as UC apresentam um mínimo de tempo de resposta em dias situados nos 12,3 (2013) e máximo 25,6 dias (2015) período de análise entre 2007-2015. Importa referir que pela análise da tabela verifica-se um aumento de tempo médio de resposta no último ano (2015) com exceção da UP que reduziu o tempo médio de resposta.

No que diz respeito às ECCL, considerando o período de análise entre 2011-2015, estas são as tipologias com respostas mais céleres, com mínimos situados nos 4,2 dias (2014) e máximos de 9,3 dias (2015) de tempo médio de resposta.

Gráfico 3 - Tempo médio de resposta da RNCCI (dias) 2007-2015



Pelo gráfico 3 constata-se um tempo médio de resposta elevado, especialmente nas tipologias de internamento, com maior destaque as ULDM, que apresentou em 2009 uma demora média discrepante de 245,6 dias.

Verifica-se que as ECCI são as tipologias que apresentam uma resposta mais célere, com cerca de 6,2 dias. De salientar que estas apenas iniciaram as suas funções em 2011 e a comparação é feita desde 2011 até 2015.

Pela tabela e gráfico supra apresentados verifica-se um tempo médio de resposta da RNCCI (dias) elevado, com especial destaque para a tipologia de internamento ULDM com 92,7 dias e UMDR com 45,6 dias de tempo de resposta.

3.1.3. Identificação dos principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, no HFF.

Em seguida serão apresentados os principais resultados da análise de conteúdo das entrevistas e apresentação das categorias e subcategorias encontradas.

No que se refere aos principais constrangimentos sentidos pelos profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referenciação para as ECCI estes foram analisados e agrupados em categorias e subcategorias e apresentados na tabela seguinte (Tabela 4). Os resultados totais da análise de conteúdos com as respectivas unidades de registo, que permitiram identificar as categorias e subcategorias encontradas disponíveis em anexo (Anexo 4).

Tabela 4 - Identificação das categorias e subcategorias encontradas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 – Perceção da missão das ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação de cuidados entre os CSH e CSP. 2. Acompanhamento de doentes com necessidades mais complexas e maior dependência. 3. Garantia da continuidade de cuidados após alta hospitalar. 4. Gestão de benefícios.
2 - Divulgação das ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconhecimento do funcionamento das ECCI. 2. Desconhecimento dos critérios de inclusão e exclusão. 3. Desconhecimento dos profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referênciação.
3 - Dificuldades no processo de sinalização e referênciação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referênciações tardias. 2. Demora no tempo de respostas das ECCI. 3. Desconhecimento das características e funcionamento das ECCI. 4. Formação médica/enfermagem. 5. Falta de recursos. 6. Otimização dos critérios de inclusão e exclusão. 7. Assimetrias entre as ECCI. 8. Perceção dos profissionais/familiares envolvidos no processo de sinalização e referênciação para as ECCI.
4 - Melhorias no processo de sinalização e referênciação às ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formação. 2. Sistema Informático e processo clínico eletrónico. 3. Equipas treinadas. 4. Comunicação. 5. Sistema de tecnologia e informação de apoio à tomada de decisão. 6. Metodologia de trabalho.

A primeira categoria encontrada diz respeito à perceção dos profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referênciação sobre a missão das ECCI. De acordo com as suas declarações no decorrer das entrevistas, foram identificadas as seguintes subcategorias: articulação de cuidados entre os CSH e CSP, acompanhamento de doentes com necessidades mais complexas e maior dependência, garantia da continuidade de cuidados após alta hospitalar e gestão de benefícios. Todos os profissionais referiram como princípios das ECCI a articulação de CSH com os CSP, acompanhamento num período pós alta hospitalar a doentes/familiares vulneráveis e ou

com necessidades complexas e a garantia de continuidade de cuidados. Todos os profissionais entrevistados reconhecem a importância das ECCI na eficiência hospitalar, na gestão de recurso e melhoria de qualidade e acesso a cuidados. Consideram as ECCI como benéficas tanto para os hospitais como para os doentes/familiares. Estes resultados demonstram o reconhecimento dos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI, dos benefícios que esta tipologia tem para a eficiência hospitalar e para os cidadãos.

A segunda categoria encontrada diz respeito à divulgação das ECCI. De acordo com os profissionais, constatou-se que os principais constrangimentos sentidos no processo de sinalização e referência para as ECCI são o desconhecimento do funcionamento das tipologias domiciliárias, desconhecimentos dos critérios de inclusão e exclusão para as ECCI e a falta de formação dos profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referência, mais concretamente, dos médicos e enfermeiros sobre as tipologias domiciliárias.

A terceira categoria encontrada refere-se às dificuldades nos processos de sinalização e referência para as ECCI, de acordo com as declarações dos vários profissionais foram identificadas como subcategorias a ausência de planeamento atempado de alta vigente nos serviços de internamento e na cultura dos profissionais referem também que as sinalizações e referências são feitas tardiamente ou mesmo no dia da alta clínica. Referem ainda que as tipologias domiciliárias deveriam ter uma resposta mais célere que ainda existe demora no tempo de respostas das ECCI. Salientam como dificuldades o desconhecimento das características, recursos disponíveis e funcionamento das ECCI. Referem ainda a falta de formação da equipa médica/enfermagem no âmbito dos cuidados domiciliários. A falta de recursos humanos e técnicos também é apontada como uma condicionante nos processos de sinalização e referência às ECCI. Referem que é necessário uma maior definição nos critérios de inclusão e exclusão às ECCI. Todos os profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência mencionaram que um dos constrangimentos são as assimetrias existentes entre as próprias equipas afetando a acessibilidade aos cuidados. A própria perceção dos profissionais/familiares sobre as ECCI, segundo as declarações dos profissionais, as ECCI ainda não estão suficientemente divulgadas entre os profissionais e doentes/famílias, referem a necessidade de existirem mais avaliações e auditorias às ECCI e divulgar os resultados, segundo os profissionais entrevistados a maioria dos familiares desconhece as tipologias domiciliárias e confundem com os cuidados continuados do CSP e referem ainda que os profissionais dos CSP consideram que a RNCCI e ECCI protelam altas clínicas e/ou aumenta a demora média hospitalar.

3.1.4. Identificação de possíveis soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI, no HFF.

A quarta e última categoria identificada diz respeito às soluções de melhorias dos constrangimentos identificados sugeridas pelos profissionais no processo de sinalização e referenciação às ECCI do HFF. Como subcategorias foram definidas a formação aos profissionais envolvidos, segundo os profissionais é fundamental apostar na formação dos profissionais envolvidos nos processos e disponibilizar mais informação aos serviços de internamento. Mencionam também que o processo electrónico dificulta a recolha de informação entre os vários profissionais envolvidos nos processos de sinalização e referenciação. Consideram necessário a formação de equipas específicas e treinadas nos serviços de internamento para agilizar os processos e melhorar a comunicação entre as equipas de internamento e a EGA. Sugerem desenvolver um sistema de tecnologia e informação de apoio à tomada de decisão e reestruturação da metodologia de trabalho, segundo a EGA agilizava o desvio dos doentes dos CSH se fosse possível os doentes serem referenciados para as ECCI até aguardar vaga de internamento e os enfermeiros mencionaram que o método de trabalho por enfermeiro responsável traria vantagens, pois seria sempre o mesmo enfermeiro que acompanhava e o doente/família no decorrer do internamento e a ele competia avaliar atempadamente as necessidades após alta clínica, articular com a EGA de forma a promover uma integração de cuidados entre os vários níveis de cuidados.

PARTE 4 – DISCUSSÃO

4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo surge a interpretação e discussão dos resultados obtidos. Este capítulo pretende relacionar os resultados obtidos no estudo com o quadro teórico de referência e recomendações internacionais expostas no enquadramento e comparar os resultados obtidos no estudo com outros estudos existentes a nível internacional e nacional.

4.1.1. Caracterização do perfil de referências da EGA do HFF para a RNCCI e ECCI.

Os resultados apresentados no capítulo anterior refletem a atividade desenvolvida pela EGA do HFF, e aparentemente a crescente adesão dos profissionais à integração de cuidados, através do número de referência de utentes para a RNCCI, demonstrando desta forma o reconhecimento dos profissionais dos benefícios para a eficiência hospitalar e para os cidadãos. Verificam-se resultados positivos também no que se refere à integração de cuidados e articulação com os CSP, como se pode verificar pelo aumento do número de referências para as ECCI seguindo as recomendações internacionais e objetivos da RNCCI. Segundo a CE (2009) é fundamental priorizar as tipologias de cuidados domiciliários pois estas representam uma maior contenção de custos e melhoria da qualidade e eficiência, considerando estas tipologias como fator crítico de sucesso para o desempenho dos sistemas de saúde e de acordo com UMCCI (2009) um dos objetivos estratégicos da RNCCI e a *“manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida”*.

Os resultados apresentados sobre a caracterização do perfil de referências da EGA do HFF para a RNCCI e ECCI, vão de encontro ao exposto no enquadramento teórico, o reconhecimento da necessidade de desviar os doentes dos hospitais quando estes precisam é de CCI e uma aposta nas referências para os cuidados domiciliários, quando se exclui, necessidade em tipologias de internamento, pois estas equipas representam um menor custo comparativamente com as tipologias de internamento, são soluções mais custo-efetivas e simultaneamente promovem os princípios da proximidade e da intervenção articulada e integrada na prestação de cuidados.

As ECCI são um recurso muito mais económico, com respostas mais céleres e acessível, mas ainda estão subutilizadas (OPSS, 2015). Segundo o mesmo relatório deve existir por parte das regiões uma sensibilização dos CSH e CSP para a disponibilidade de cuidados domiciliários e aumentar as referências para estas equipas.

Segundo o Relatório da Monitorização da RNCCI (2015) a referência hospitalar é mais representativa na região de LVT com cerca de 72% e a referência pelos CSP cerca de 28,2%. Esta região apresenta a menor cobertura populacional em lugares de internamento e global. Dos utentes referenciados, a nível nacional, dos hospitais para unidades de internamento, $\frac{1}{3}$ dos utentes são referenciados pelos hospitais em LVT. Com este peso da referência a nível dos CSH associado à sua cobertura populacional, são esperadas dificuldades de referência a nível hospitalar em LVT, contudo verifica-se também que na região de LVT a referência para ECCI é maior a partir dos hospitais.

Estudos realizados por Petronilho (2013) e Tavares (2011) alertam para um lado perverso que pode ser induzido pelas ECCI, a demora média e tempo de resposta da RNCCI para os doentes referenciados para as tipologias de internamento, poderá contribuir para uma certa “subreferência” para as tipologias de internamento e para o esforço de desviar os doentes dependentes para o domicílio sem avaliar as reais necessidades dos doentes e cuidadores, condicionando desta forma a qualidade e o acesso aos cuidados.

Os resultados descritos sobre a atividade da EGA do HFF expõem apenas o número total de doentes referenciados para a RNCCI entre o período de 2007 a 2015, uma das limitações no estudo consistiu na informação disponibilizada e na dificuldade em trabalhar os dados de forma a conseguir fazer uma sua análise estatística e associação entre variáveis. Seria interessante analisar os dados de forma a compreender as diferenças entre os doentes que foram proposto para a RNCCI e os que efetivamente foram admitidos na RNCCI, reunir informação sobre o número de doentes internados que aguardam decisão da ECL e qual o tempo médio entre a resposta da ECL até ter a vaga disponível. Outro dado interessante seria analisar o número de doentes que faleceram enquanto aguardavam a decisão ou vaga na Rede e quais verificar quais os GDH declarados nas certidões de óbito no Sistema de Informação dos Certificados de Óbitos (SICO) com vista a melhorar o rigor da informação e tratamento estatístico das causas de morte dos doentes que aguardam respostas da RNCCI.

Poder-se-ia também tentar analisar o motivo das desistências dos doentes/familiares, para dispor de informação no que respeita à qualidade dos cuidados ou acesso aos mesmos.

No que se refere ao tempo médio de resposta em dias da RNCCI verifica-se um tempo médio de resposta da RNCCI (dias) elevado, com especial destaque para a tipologia de internamento ULDM com 92,7 dias e UMDR com 45,6 dias de tempo de resposta.

Este fenómeno coincide com que já foi descrito no enquadramento teórico, no que se refere ao aumento de dias de internamento nos doentes referenciados para a RNCCI. Também no HFF verifica-se que os doentes estão demasiado tempo internados em CHS quando o que necessitam é de CCI, evidenciando esta forma o fenómeno de *bed bloking*.

Também no Reino Unido a implementação do NHS *Continuing Healthcare* tem contribuído, de acordo com o NHS *Improvement Stroke* (2008), para o aumento da demora média de internamento, nomeadamente nos doentes que são referenciados com necessidades de CCI. No caso do modelo catalão, (*Espanha. Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària. Unió Catalana d'Hospitals*, 2010) este induziu um aumento da demora média em todas as categorias de diagnóstico para 64%, o que se traduz na perda de um elevado custo-oportunidade ao reduzir a capacidade de atendimento a situações agudas em cerca de 40%.

A principal explicação para a demora nas altas hospitalares surge da insuficiência na oferta e na incapacidade de resposta dos CCI (Coughlan e O'Neill (2001), *Discharge Planning and Policy TaskTeam* (2006), Straten *et al.* (1997), Blanchette, Epure (2002) e Duffy *et al.* (2011)).

Os resultados demonstrados sobre o tempo médio de resposta (dias) no HFF apontam para uma conclusão, que apesar do aumento das camas na RNCCI, as mesmas ainda são insuficientes na região LVT, a região de LVT é a que apresenta menor cobertura em relação a lugares de internamento a nível nacional (Relatório Anual da Monitorização da RNCCI, 2015).

Em relação à eficiência hospitalar mais concretamente os custos hospitalares, segundo a Costa (2010) afirma que o “custo diário médio” apurado na RNCCI foi de 82€ (2009) bem menor que o custo diário médio hospitalar, apurado em 403 € (2008), ou seja, o valor/doente é inferior ao mesmo doente internado em hospitais do SNS.

Na região de LVT, um hospital que referencie um doente para a tipologia UMDR poderá ver a cama ocupada cerca de 42 dias até ter a vaga, no caso da ULDM cerca de

37 dias e na UC aproximadamente 21 dias. Durante esses dias, o hospital suportará, do seu orçamento, a permanência desse doente e utilizará recursos de forma desnecessária e condicionará o acesso a doentes com reais critérios agudos que recorram aos hospitais. Em 2014, existiam 1497 doentes que aguardavam vaga na RNCCI, sendo que 548 eram da região de LVT (Relatório Anual da Monitorização da RNCCI, 2015).

Os dados apresentados aproximam-se das conclusões de estudos nacionais realizados por Escoval *et al.* em 2011 e outro posterior em 2013, a demora média global elevadas, a demora média dos episódios que resultaram em referenciações para a RNCCI supera a demora média nacional para os mesmos GDH., sendo a região de LVT a que apresenta valores médios mais elevados (50,3 dias).

Como já mencionado na revisão da literatura verificou-se que os modelos de CCI e mais concretamente a RNCCI tiveram um impacto inesperado na demora média, visto que os doentes permaneciam mais tempo nos hospitais a aguardar vaga, aumentando desta forma a demora nas altas hospitalares condicionando inevitavelmente a eficiência hospitalar, acesso e qualidade dos cuidados.

Esta realidade desvia-se dos objetivos estratégicos definidos pela UMCCI (2009) aquando a criação da RNCCI, cujo objetivos eram diminuir da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos e taxa média de ocupação de camas hospitalares e reduzir os custos das unidades hospitalares de agudos.

A necessidade de atingir estes objetivos são fundamentais para a sustentabilidade do SNS, para a garantia do acesso aos cuidados de saúde por parte das populações mais vulneráveis e, estruturante para a reorganização dos cuidados de saúde e integração entre os vários níveis de cuidados.

4.1.2. Principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI e possíveis soluções de melhoria dos constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos.

No que se refere aos principais constrangimentos identificados pelos profissionais envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI e sugestões de melhorias aos processos, os resultados obtidos no presente estudo não diferem do descrito na evidência científica. Importa salientar que as respostas para os principais constrangimentos identificados pelos profissionais devem ser encontradas com base num detalhado conhecimento e informação sobre o problema ao nível dos serviços de saúde atendendo ao seu contexto local e institucional. Desta forma, este trabalho de investigação permitiu reunir informação sobre as dificuldades sentidas pelos profissionais que participam nos processos de sinalização e referência num contexto específico local e institucional, não ambicionando que estes resultados sejam generalizados ou representativos de outras instituições ou profissionais, nem projetar os resultados a todas as instituições ou profissionais que intervêm nos processos de sinalização e referência para as ECCI. Contudo, podem daqui retirar-se pistas para fenómenos semelhantes que se verifiquem noutras instituições.

Importa referir que no decorrer deste trabalho de investigação algumas das sugestões apresentadas pelos profissionais foram sendo implementadas, concretamente, foi definido que numa fase inicial serão os enfermeiros responsáveis dos serviços os elementos responsáveis e dinamizadores das sinalizações às ECCI e que articulam preferencialmente com a EGA, em todos os serviços de internamento existe pelo um médico responsável para sinalização dos doentes à RNCCI. Foram também implementadas reuniões semanais em todos serviços de internamento (enfermeiro e médico responsável pelas sinalizações e assistente social do serviço) com a EGA. Em relação ao sistema de tecnologia e informação que apoiem a tomada de decisão, foi introduzida uma listagem da sinalização automática do processo clínico eletrónico (SOARIAN) através da definição de determinados parâmetros e algoritmos (e.g. idade, úlcera à entrada, score de escalas avaliadas na admissão do doente) que é enviado diariamente, via correio eletrónico, para todos os serviços de internamento. Esta medida permite o fluxo de informação de forma mais rápida em tempo útil e mais acessível. Permite melhorar a tomada de decisão dos profissionais de saúde e apoiar a

sua decisão articulando com a informação disponível nos registos eletrónico, permite de forma mais rápida avaliar os doentes que foram triados e podem ter necessidades mais complexas e agilizar o processo de sinalização nos primeiros dias de internamento nos serviços. Este tipo de mecanismos de suporte à tomada de decisão baseados na informação sobre o doente, informação clínica, surgem como alertas e facilitam o planeamento atempado da alta pois selecionam os doentes com riscos preditivo de necessitarem de cuidados domiciliários após alta hospitalar.

Segundo o Relatório da Monitorização da RNCCI (2015) os CSH representam cerca de 63% das referenciações para a RNCCI. A região LVT representa cerca de 72% das referenciações para a RNCCI provenientes dos CHS. Conjugado o facto de esta região apresentar a menor cobertura populacional em lugares de internamento, com este peso da referenciação hospitalar associado à sua cobertura populacional, as dificuldades de referenciação ao nível dos CSH para as tipologias de internamento são expectáveis nesta região, tornando-se essencial apostar na referenciação para as ECCI, de acordo com o mesmo relatório, a região de LVT é também onde as referenciações para ECCI é maior a partir dos hospitais.

Perante este dados é importante desenvolver estudos que avaliem os conhecimentos, atitudes e perceção dos profissionais em contexto hospitalar, diretamente envolvidos no processo de sinalização e referenciação de doentes para as ECCI e apresentar quais os principais constrangimentos sentidos pelos profissionais no que se refere ao processo de sinalização e referenciação para as ECCI e algumas sugestões de melhoria.

De acordo com Bryan *et al.* (2006) a eficiência hospitalar é afetada pela insuficiência de serviços de cuidados continuados, à falta de recursos humanos, atrasos no planeamento da alta ou incorreta avaliação das reais necessidades dos doentes após alta hospitalar. O NHS *Improvement Stroke* (2008) acrescenta ainda o inadequado processo de sinalização e referenciação. De acordo com Duffy *et al.* (2011) a justificação reside nos recursos humanos envolvidos, a sua falta de formação, desinteresse ou falta de conhecimento dos profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação, ausência de uniformização e consensualização de procedimento e a ausência de comunicação entre as organizações, os serviços e as próprias equipas.

Um estudo de Anderson (2011) identificou ainda constrangimentos ao nível da avaliação dos critérios de inclusão do doente referenciado para o NHS *Continuing Healthcare*. Este verificou que as avaliações são realizadas tardiamente, levando a um aumento desnecessário da demora média. Isto ocorre, segundo o autor, pela falta de aptidão em avaliar corretamente as necessidades e critérios de inclusão. Este

entendimento resulta da inexistência de atribuição de competências ao nível das instituições, particularmente no que concerne ao processo de referenciação, bem como da deficiente ação formativa dos profissionais envolvidos no processo. Perante isto a *NHS Improvement Stroke* (2012), emitiu um guia com orientações e normas destinadas à melhoria do processo de referenciação do *NHS Continuing Healthcare*. Este pretende uniformizar as práticas e a metodologia de trabalho inerente ao processo de avaliação das necessidades do indivíduo e a tomada de decisão quanto à admissão no *NHS Continuing Healthcare*. Prevendo uma formação contínua aos profissionais, permitindo desta forma manter a homogeneidade na avaliação dos critérios de inclusão dos indivíduos, evitando avaliações desnecessárias e desadequadas às reais necessidades dos indivíduos.

Segundo a UMCCI (2009) a RNCCI deveria articular-se com os CSH e com os CSP para garantir uma adequada referenciação e os cuidados em tempo útil. Para que a referenciação de utentes para a Rede seja feita de forma funcional e permitir o acesso a cuidados mais adequados e responder às necessidades dos utentes/cuidadores, um dos aspetos fundamentais, entre outros, é que os profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação reconheçam e avaliem atempadamente as necessidades dos utentes, que conheçam os critérios de inclusão e exclusão da Rede e sua composição e recursos disponíveis.

No que respeita ao processo de sinalização e referenciação para a ECCL, estes podem ser influenciado e condicionado pelo facto do acesso aos cuidados ser feita por vários profissionais, de níveis destintos de atuação (CSH, CSP) e pelo facto de estes não terem sido formados na filosofia da multidisciplinaridade e transdisciplinaridade e pelo simples facto de desconhecem todos os recursos da Rede. Estes factos afetam também a capacidade de intersectoralidade e de articulação entre os restantes níveis de cuidados, onde persistem dificuldades imputáveis não só mas também aos profissionais que participam no processo de sinalização e referenciação (UMCCI, 2009).

Um estudo de Escoval *et al.* (2013) que pretendeu descrever os constrangimentos hospitalares, no âmbito da sinalização e referenciação de doentes para a RNCCI, aplicando um questionário a nível nacional às EGA. A maioria refere que o atraso nas altas hospitalares se deve à falta de resposta da RNCCI, da sinalização e referenciação tardia, dos atrasos relativos a documentação e da resistência e desinteresse dos profissionais. No mesmo estudo as EGA apontam como fragilidades para os processos de sinalização e referenciação, o facto dos critérios de referenciação serem pouco específicos, a cultura organizacional das instituições de saúde, a dificuldade em caracterizar a rede de apoio sociofamiliar, a insuficiente informação

clínica e as preferências dos doentes. Referem ainda que o processo de referenciação é complexo, como a demasiada burocratização, a resistência dos profissionais, a lentidão e extensão do processo, a existência de demasiados intervenientes. Como aspetos negativos as EGA, salientaram a falta de articulação e informação sobre as unidades prestadoras da RNCCI, a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho. Relativamente a melhorias no processo sugerem a centralização numa só estrutura e a criação de respostas unicamente sociais.

Segundo o Relatório de Implementação e Monitorização da RNCCI (2014), a informação sobre a RNCCI, objetivos, recursos existentes e acesso, ainda é pouco divulgado na população, nas famílias/cuidadores informais, no sistema de saúde, CSH e CSP. Este tem que ser um aspeto a melhorar, pois poderá condicionar o acesso dos cidadãos. Outra fragilidade apontada diz respeito à oferta atual não satisfazer a procura, sendo necessário promover e facilitar a coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais e aumentar os cuidados continuados em contexto domiciliário e ambulatorio (PORTUGAL. MS. DGS, 2012). Uma das dificuldades descritas pelo OPSS (2015) para aumentar as taxas de ocupação das ECCI, insere-se na falta de recursos humanos, em Portugal o número médio de médicos e enfermeiros/1000 habitantes é inferior às médias da OCDE, em particular no caso dos enfermeiros.

O OPSS (2011) refere que os processos de sinalização e referenciação deverão ser repensados e melhorados e aumentar as taxas de ocupação das tipologias das ECCI. O Relatório Anual da Monitorização da RNCCI (2015) emana as seguintes recomendações: aumento dos cuidados prestados em contexto domiciliário, e em ambulatorio, monitorização da melhoria contínua da qualidade nas ECCI; informação mais transparente e detalhada sobre o número de lugares disponíveis para evitar assimetrias regionais; informação sobre os recursos humanos e adequação das equipas existentes e alocação de tempo adequado dos diferentes profissionais nas ECCI, para eventual contratualização de ECCI junto dos prestadores da RNCCI e implementação de auditorias externas para identificar oportunidades e ações de melhoria a nível local e regional. Segundo o mesmo relatório deve existir por parte das regiões uma sensibilização dos CSH e CSP para a disponibilidade de cuidados domiciliário.

Aos hospitais, para além da sua missão de prestação de cuidados clínicos agudos, acresce mais uma responsabilidade, de cariz social, as suas funções já não se baseiam única e exclusivamente no tratamento ou cura da doença. A resposta a esta nova responsabilidade passará necessariamente pela integração de cuidados entre os CSH e CSP, partilha de responsabilidade entre os vários níveis de cuidados e desenvolvimento de mais parcerias com organizações da comunidade e apoios

domiciliários e apoios aos cuidadores. É fundamental desenvolver estudos que permitam uma maior caracterização dos doentes internados nos CSH, identificar situações clínicas e sociais e encontrar respostas alternativas na comunidade e cuidados domiciliários em conjunto com as famílias e com os doentes.

Os hospitais debatem-se com situações de doentes que têm que permanecer internados, após alta clínica, à espera de respostas de CCI e respostas da segurança social. Considerando que o processo de sinalização e referenciação de doentes para a RNCCI é fundamental para retirar os doentes atempadamente dos hospitais para cuidados com melhor efetividade e mais ajustados, torna-se necessário uma análise detalhada e mapeamento de todos os processos, este trabalho incidiu no processo de sinalização e referenciação para as ECCL, só através do levantamento de necessidades, dificuldades e informação sobre os processos proveniente dos profissionais diretamente envolvidos se percebe se a forma como estão organizados podem ser alterados e/ou reestruturados, para se conseguir prestar cuidados de saúde com melhor qualidade e melhorar a gestão de recursos.

PARTE 5 – CONCLUSÕES

Atualmente estão definidas estratégias para dar resposta às necessidades da população idosa e em situação de dependência. Apesar do reconhecimento da importância de modelos de CCI, os sistemas de saúde e profissionais ainda não fizeram a transição de paradigma de cuidados que é imposta pela transição demográfica e epidemiológica.

Estudos a nível internacional e nacional concluíram que os CCI não tiveram o impacto desejado na eficiência hospital. Pelo contrário aumentaram a demora média de internamento. Desta forma, as recomendações convergem no desenvolvimento de modelos CCI com respostas no âmbito social e de saúde e aproximação dos cuidados domiciliários e comunitários, uma vez que estes apresentam-se como soluções mais custo-efetivas e privilegiam os princípios de proximidade e da articulação e integração de cuidados.

Para que se consiga desviar os doentes dos hospitais para as ECCI, um dos aspetos cruciais é promover a sinalização e referenciação eficiente, atempada e ajustada às reais necessidades dos doentes. Desta forma considerou-se pertinente avaliar os conhecimentos, atitudes e perceção dos profissionais em contexto hospitalar, diretamente envolvidos no processo de sinalização e referenciação de doentes para as ECCI e apresentar quais os principais constrangimentos sentidos pelos profissionais no que se refere ao processo de sinalização e referenciação para as ECCI e algumas sugestões de melhoria.

Os principais constrangimentos identificados pelos profissionais no circuito de sinalização e referenciação para as ECCI dizem respeito à pouca divulgação das tipologias domiciliárias disponíveis na RNCCI, concretamente, pouca informação no que se refere às características, funcionamento e recursos disponíveis nas ECCI, necessidade de otimizar os critérios de inclusão e exclusão, falta de formação dos profissionais dos CSH que participam nos processos. Nos circuitos de sinalização e referenciação referem como principais dificuldades a inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias, a demora no tempo de resposta das ECCI, falta de recurso, falta de formação dos médicos e enfermeiros dos serviços de internamento e assimetrias entre as ECCI.

Como soluções de melhoria aos processo, os profissionais sugerem formações obrigatórias a todos os profissionais sobre a RNCCI e ECCI, implementação de equipas/elementos com formação na área nos serviços de internamento responsáveis pelas sinalizações às ECCI, melhorar a comunicação entre os serviços de internamento

e EGA, melhorar os registos no processo clínico eletrónico para que se consiga rapidamente aceder à informação dos vários profissionais e melhorar o sistema de tecnologia e informação com ferramentas que promovam o apoio à tomada de decisão.

Salientando a necessidade de existência de mais estudos de carácter nacional que demonstrem a eficiência e qualidade das ECCI, é importante avaliar o impacto das ECCI na gestão hospitalar, concretamente, na diminuição da demora média de internamento, diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos e reinternamentos e admissões nas urgências e redução dos custos hospitalares, associados a outros estudo que avaliem a qualidade dos cuidados das ECCI e acesso às mesmas.

A melhoria na integração de cuidados entre os CSP e CHS resultam da consciencialização, não só do impacto que a insuficiente integração dos cuidados tem no utente/família/cuidador em termos de acesso e qualidade mas, também na eficiência na gestão de recursos (escassos e limitados), obrigando à redefinição de estratégias e práticas, que favoreçam a criação de uma cultura de integração de cuidados nos próprios profissionais envolvidos na prestação de cuidados a nível hospitalar. Segundo Costa (2010) é necessário conhecer os principais constrangimentos a nível dos processos de sinalização e referenciação e torná-los mais eficiente para melhorar da articulação e integração entre níveis de cuidados.

A integração e articulação de cuidados só serão alcançáveis com a adesão dos profissionais, com formação dos profissionais que participam nos processos de sinalização e referenciação, com monitorização da melhoria contínua da qualidade nas ECCI; informação mais detalhada sobre os recursos disponíveis para evitar assimetrias entre as equipas; maior acuidade dos critérios de referenciação e implementação de auditorias externas e proceder ao acompanhamento (consultas *follow-up*) para identificar oportunidades e ações de melhoria a nível local e regional.

A informação é a melhor ferramenta para um gestor, a sua capacidade de olhar para os problemas como um todos, com conhecimento de causa, reunir toda informação necessária e a humildade de reconhecer o papel de todos os intervenientes e os seus constrangimentos, para poder criar novas estratégias e soluções, neste estudo em concreto, são as atitudes, dinâmicas e intervenientes locais os grandes dinamizadores ou não da integração de cuidados por isso importa conhecer as principais dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde que participam diretamente nos processos de sinalização e referenciação para as ECCI.

PARTE 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, L. – Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. Lisboa: Universidade Aberta, 2010.

ANDERSON, W. – Continuing healthcare acute pilot. [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th December 2011. [Consult. 14 Fev. 2016]. Disponível em: [http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Anderson_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20\(2\).pdf](http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2fNational%2fwebsite%2fContinuing_healthcare%2fWilliam_Anderson_CHC_Workshop_6_Dec_2011%20(2).pdf).

ARARTEKO – Atención sociosanitaria en grupos afectados especialmente. [Em linha]. Vitoria-Gasteiz: Ararteco, 29 de marzo de 2010. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1845_1.pdf.

BÉLAND, F. [et al.] – A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized control trial. [Em linha]. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 61: 4 (2006 Apr) 367-73. [Consult. 25 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16611703>

BLANCHETTE, P.L.; EPURE, J.P. – Transfer of patients from acute to long-term care: influence of patient characteristics on waiting period. [Em linha]. **Hawaii Med J**. 61: 10 (Oct 2002) 222-4, 226-8, 230. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12491763>.

BRYAN, K. – Policies for reducing delayed discharge from hospital. [Em linha]. **British Medical Bulletin**. 95: 1 (2010) 33– 46. [Consult. 05 Fev. 2016]. Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/95/1/33.full>

BRYAN, K.; GAGEB, H.; GILBERT, K. - Delayed transfers of older people from hospital: causes and policy implications. [Em linha]. **Health Policy**. 76: 2 (Apr 2006) 194 – 201. [Consult. 10 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040152>

BURSTEIN, N.R. [et al.] –. Evaluation of the Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) demonstration: The impact of PACE on participant outcomes. Baltimore, MD: Health Care Financing Administration; 1998.

CABRAL, N., AMADOR, O.; MARTINS, G. – A reforma do setor da saúde: uma realidade iminente? Coimbra: Almedina. 2010.

CAMPOS, L., [et al.] – A Governação dos Hospitais. Lisboa: Portugal R (Editores) Casa das Letras. 2009.

CERVERA, M. [et al.] – Claus per a la construcció de l'espai sociosanitari a Espanya. [Em linha]. **II Jornades Sociosanitàries de La Unió**. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, 3 de mar. de 2010. [Consult. 16 Fev. 2016]. Disponível em: http://217.149.1.250/mmedia/documents/08_montserrat_cervera.ppt

CIHI – CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – Analysis in brief. Taking health information further: alternate level of care in Canada. [Em linha]. Canada: Canadian Institute for Health Information, 14th January 2009. [Consult. Fev. 2016]. Disponível em http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/ALC_AIB_FINAL.pdf.

COMISSÃO EUROPEIA - Cuidados de longa duração na União Europeia. Luxemburgo: Comunidades Europeias, 2008. ISBN 97892-79-09591-7.

COSTA, A. (coord.) – Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. [em linha]. Ministério da Saúde, 2010 [Consul. 01 Fev. 2016]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf

COSTA-FONT, J. [et al.] (2008) – Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios. **Social indicators research**. 86 (2), 303-321.

COUGHLAN, T.; O'NEILL D. – General hospital resources consumed by an elderly population awaiting long-term care. **Med J**. 94 : 7 (2001) 206-08.

COYOTE, P.C.; GOODWIN, N.; LAPORTE, A. – How can the settings used to provide care to older people be balanced? Policy Brief. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

CURRY, N.; HAM, C. – Clinical and service integration. The route to improved outcomes. [Em linha]. London: King's Fund, 2010. [Consult. 20 Fev. 2016]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-CurryChris-Ham-22-November-2010.pdf>

DISCHARGE PLANNING AND ALC POLICY TASK TEAM – Discharge from Hospital. Literature review. [Em linha]. North East Local Health Integration Network, November 2006. [Consult. 03 Mar. 2016]. Disponível em: http://www.nelhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Report_and_Publications/ALC/Literature_Review_Hospital_Dis.pdf

DUFFY, J.; GWYOTHER, T.; MCGINNES, A. – A clinical and carer perspective of continuing health care funding. [Em linha]. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th

December 2011. [Consult. 22 Fev. 2016]. Disponível em: http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Stroke%2FNational%2Fwebsite%2FContinuing_healthcare%2FJohn_Duffy_Tracey_Gwyther_Alison_McGinnes_CHC_Workshop_6_Dec_2011.pdf

ESCOVAL, A.; LÍVIO, A. ; RIBEIRO, R. – Contratualização em Cuidados Integrados. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011.

ESCOVAL, A.; LÍVIO, A. ; RIBEIRO, R. – Monitorização, identificação de constrangimentos e análise do impacto da RNCCI na eficiência hospitalar: impacto da RNCCI na demora média hospitalar: Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2013.

ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA. UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS – Estudi comparatiu dels models d'atenció sociosanitària a l'estat espanyol. [Em linha]. In **II Jornades Sociosanitàries de La Unió**. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Construint el futur, Barcelona, (2010). [Consult. 17 Abr. 2016]. Disponível em: <http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=3283&lg=cat>.

EUROSTAT – Europe in figures: Eurostat yearbook 2014. [Em linha]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. [Consult. 20 Jan. 2016]. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Healthy_life_years_statistics

FALCONE, D.; BOLDA, E.; LEAK, S.C. – Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients. [Em linha]. **Health Serv Res.** 26: 3 (1991) 339-74. [Consult. 14 Fev. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069829/>

FERNANDEZ, J.L., [et. al] – How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Policy Brief, 11. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

FIALHO, F.; CÓNIM, R.; REIS, S. – Análise de Conteúdo: uma técnica protagonista na abordagem em Enfermagem. Servir. Lisboa, 2004.

FORTIN, M.; COTÊ, J.; FILION F. – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. Loures, 2006.

GONÇALVES, A. – Estudo da adequação da Rede Nacional de Cuidados Continuados às necessidades da população – o conhecimento da realidade como instrumento de

apoio à gestão. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2013. Dissertação de Mestrado.

HAM, C. – Working together for health: achievements and challenges in the Kaiser NHS Beacon sites programme. [Em linha]. Health Services Management Centre. Policy paper No. 6. England : University of Birmingham, (2010). [Consult. 19 Fev. 2016]. Disponível em: http://epapers.bham.ac.uk/749/1/Kaiser_policy_paper_Jan_2010.pdf

HANKE, M – Effects of the Program of All-inclusive Care for the Elderly on hospital use. [Em linha]. **Gerontologist**. 51:6 (Dec. 2011) 774-85 [Consult. 5 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737398>

HICKS, C. M. – Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos – Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. Lusociência. Loures, 2000.

HUTT, R.; ROSEN, R.; MCCAULEY, J. – Casemanaging Long-term Conditions: What impact does it have in the treatment of older people? [Em linha]. London: King's Fund, November 2004. [Consult. 20 Fev. 2016]. Disponível em <http://www.antarescosocial.com/adjuntos/192.1-casemanagement.pdf>

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011. [Em linha]. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2011. [Consult. 17 Fev. 2016]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Projecções de população residente em portugal 2012-2060: projecções de população residente: Portugal: 2012 - 2060. [Em linha]. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2014. [Consult. 3 Mar. 2016]. Disponível em: <http://sociologia.davidjustino.com/wpcontent/uploads/2014/10/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf>

MIGUEL, L.; SÁ, A. – Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir: contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.

NAZARETH, J. – Crescer e envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico. Editorial Presença. Lisboa, 2009.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. Ageing Working Papers, 4.2. França: OECD, 1998.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris, 2015.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Conceptual Framework and Methods for Analysis of Data Sources for Long-Term Care Expenditure. OCDE Health Division, 2008.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Ensuring Quality LongTerm Care For Older People. Policy Brief, 2005.

OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DO SISTEMA DE SAUDE – Crise e Saúde: um país em sofrimento. [em linha] Relatório de Primavera 2012. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2012. [Consult. 27 Fev. 2016] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf

OPSS – OBSERVATORIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE – 10/30 Anos: Razões para continuar. [em linha] Relatório de Primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. [Consult. 21 Fev. 2015] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf

OPSS – OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Acesso aos cuidados de saúde – Um direito em risco? [em linha] Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2015. [Consult. 3 Mar. 2016] Disponível em: <http://www.apdh.pt/relatorioprimavera2015>

OPSS - OBSERVATORIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. [em linha] Relatório de Primavera 2011. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. [Consult. 27 Fev. 2016] Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

OPSS – OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Saúde – Síndrome de negação. [em linha] Relatório de Primavera 2014. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2014. [Consult. 3 Mar. 2016] Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>

PARAISO, A. [et al.] – Diagnóstico Social do Concelho de Sintra: Dinâmicas Demográficas e habitacionais. Câmara Municipal de Sintra. Departamento de Solidariedade e Inovação Social, 2014.

PARENTE, P. – Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Lisboa: Universidade Católica, 2015. Tese de Doutoramento.

PAVOLINI, E.; RANCI, C. – Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. **Journal of European Social Policy** 18:3 (2008) 246-259

PETRONILHO, F. – A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – B.I. Indicadores Contrato-Programa (2013). [Consult. 14 Abr. 2016]. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/BI-IndObj%20Nacionais-2013.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Relatório de monitorização anual da RNCCI, 2014. [Em linha]. Lisboa: Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Núcleo Funcional Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2015). [Consult. Abr. 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-Anual-da-RNCCI-2014.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Relatório de monitorização da RNCCI, 1º Semestre de 2015. [Em linha]. Lisboa: Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Núcleo Funcional Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2015). [Consult. 14 Abr. 2016]. Disponível em: http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2011

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Qualidade em Saúde. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2012.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE de MISSÃO dos CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – 3 anos: Rede Nacional de Cuidados Integrados: resumo executivo: Anexo II. [Em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Abril de 2010. [Consult. 6 Mar. 2015]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE de MISSÃO dos CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). [Em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consult. 9 Mar. 2015]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

ROSS, S.; CURRY, N.; GOODWIN, N. – Case management - What it is and how it can best be implemented. [Em linha]. London: The King's Fund, 2011. [Consult. 17 Fev. 2016]. Disponível em http://www.kingsfund.org.uk/publications/case_management.html

SAKELLARIDES, C. [et al.]. – O futuro do sistema de saúde português: “Saúde 2015”. Lisboa: ENSP, 2004.

SHUGARMAN, L. – Health care reform and long-term care: the whole is greater than the sum of its parts. [Em linha]. **Public Policy & Aging Report**. 20: 2 (Spring/Summer 2010) 3-7. ISSN 1055-3037. [Consult. 19 Fev. 2015]. Disponível em: http://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/PPAR%20Themed%20Issue_0.pdf

SIMÕES, J. – 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra. Almedina. 2010.

SIMÕES, J.; BARROS, P.; PEREIRA, J. – Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007. [Consult. 9 Mar. 2016]. Disponível em <http://www.sg.minsaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>

SORENSEN, K. [et al.] (2015) – Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). **The European Journal of Public Health**. 25:6 (Dez. 2015)1053-8.

STEPURKO [et al.] – Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. [em linha] **BMC Health Services Research**. 10:273 (2010) [consult. 15 Mar. 2016].

Disponível

em:

http://download.springer.com/static/pdf/110/art%253A10.1186%252F1472-6963-10-273.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-10-273&token2=exp=1483383207~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F110%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6963-10-273.pdf*~hmac=22dae13310694108bd851191be24f45efd8e2232fb2f892dc2b0275cd5c7ebf9

STRATEN, A. V. [*et al.*] - Length of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke Patients. [Em linha]. **Stroke**. 28: 1 (Jan 1997) 137-140. [Consult. 24 Fev. 2016]. Disponível em <http://stroke.ahajournals.org/content/28/1/137.long>

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – Investigação Qualitativa em Enfermagem. 2ªed., Lusociência. Loures, 2002.

TAVARES, C. [*et al.*] – Rede Social Diagnóstico Social 2011 - Amadora [em linha]. Núcleo Executivo Conselho Local Acção Social [Consul. 01 Fev. 2016]. Disponível em: http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/diagnostico_social_2011.pdf

TAVARES, M. – Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: Critérios, intervenientes e níveis de decisão. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Dissertação de Mestrado.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS IMPROVEMENT. STROKE - Guidance for Improving the CHC Process. [Em linha]. United Kindom: NHS Improvement Stroke, Department of Health, 2012. [Consult. 19 Mar. 2016]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213137/National-Framework-for-NHS-CHC-NHS-FNC-Nov-2012.pdf

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS Improvement. Stroke - Resources - NHS Continuing Healthcare. [Em linha]. United Kingdom: NHS Improvement Stroke, Department of Health 2008. [Consult. 29 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.improvement.nhs.uk/stroke/NHSContinuingHealthcare/Resources.aspx>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – Home-based long-term care. [Em linha]. Geneva: World Health Organization. Technical Report Series; 2000. [Consult. 6 Fev. 2016] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – Lessons for long-term care policy: the cross-cluster initiative on long-term care: noncommunicable diseases and mental health cluster world health organization, 2002. [Em linha]. World Health Organization. [Consult. 28 Mar. 2016]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.

Documentos Legislativos

Lei n.º 52/2012. D.R. 1ª série (05/09/2012)

Decreto-Lei nº 101/2006. D.R. 1ª série (06/06/2006)

Decreto- Lei n.º 8/2010. D.R. 1ª série (20/01/21010)

Decreto-Lei n.º 22/2011. D.R. 1ª série (10/02/2011)

Decreto-Lei nº136/2015. D.R. 1ª série (28/07/2015)

Decreto-Lei nº 28/2008. D.R. 1ª série (22/02/2008)

Decreto-Lei n.º 173/2014. D.R. 1ª série (19/11/2014)

Portaria n.º 174/2014. D.R. 1ª série (10/09/2014)

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevistas: Semiestruturada e em Grupo Focal

1. Na sua opinião qual a principal missão e objetivos das ECCI?
2. Na sua opinião qual seu papel (assistente sociais/médicos/enfermeiros/EGA) no processo de sinalização/ referenciação para as ECCI?
3. Como decorre um processo de sinalização e referenciação normalmente?
4. Sente dificuldade no processo de sinalização e referenciação para as ECCI? Quais?
5. Na sua opinião a prática nas sinalizações/referenciações privilegia mais as tipologias de internamento ou domiciliárias?
6. Na sua opinião, os recursos das ECCI (número de equipas, horários, funcionamento, localização e funções) da área de influência do HFF estão suficientemente divulgados?
7. Na sua opinião quais os principais benefícios da sinalização e referenciação para as ECCI para os doentes/cuidadores e hospital?
8. Normalmente antes de avaliar as necessidades de sinalização/referenciação para as ECCI contacta outros profissionais ou doente/cuidador?
9. Quais os fatores que dificultam o processo de sinalização/referenciação para as ECCI?
10. Quando sinaliza/referencia doentes para as ECCI considera que os doentes/cuidadores estão informados sobre a existência dessa tipologia domiciliária? Estão recetivos a esse tipo de apoio domiciliário?
11. Já sinalizou/referenciou algum doente por sugestão dos cuidadores?
12. Na sua opinião existe uma avaliação atempada das necessidades de cuidados de saúde e sociais do doente após alta hospitalar, durante o internamento no seu serviço?
13. Na sua opinião que aspetos poderiam melhorar os processos de sinalização e referenciação?

ANEXO 2 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HFF



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: PROSPETIVO, TRANSVERSAL, EXPLORATÓRIO, DESCRITIVO.

TÍTULO DO ESTUDO:

Principais constrangimentos no processo de sinalização/referenciação às equipas cuidados continuados

Após reunião de 27 de Abril de 2016, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir **parecer favorável** sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 27 de Abril de 2016:

Presidente	Dr. Silva Pereira
Vogais	Dr.ª Teresa Brandão
	Dr.ª Renata Afonso
	Dr. Pedro Laranjeira
	Pe José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 6 de Maio de 2016, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética


Dr. José Silva Pereira
COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO 3 - CONSENTIMENTO INFORMADOS DAS ENTREVISTAS

Declaração

Para os devidos efeitos, _____,
com o cartão de cidadão nº _____ declara que autoriza a gravação das suas declarações, no âmbito de uma entrevista que tem lugar na sala de reuniões do Serviço Medicina IV, situada no Piso 3, Torre Amadora do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, no dia _____ pelas _____ considerando que esta informação se destina exclusivamente à análise de conteúdo das declarações do entrevistado e que as mesmas apenas serão utilizadas no desenvolvimento do projeto de investigação “Contrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.”.

Amadora, _____, _____, _____

Assinatura conforme cartão de cidadão)

ANEXO 4 - TABELA DOS RESULTADOS TOTAIS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS E IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO.

CATEGORIA 1	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO
PERCEÇÃO DA MISSÃO DAS ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação entre os CSH e CSP. 2. Acompanhamento de doentes com necessidades mais complexas e maior dependência. 3. Garantia da continuidade de cuidados após alta hospitalar. 4. Gestão de benefícios. 	<p>ASSISTENTES SOCIAIS</p> <p>1 “ (...) prestar cuidados de saúde pós alta hospitalar em contexto domiciliário (...)”</p> <p>2 “ (...) prestar apoio social e cuidados de saúde imediatos pós alta a doente com necessidades complexas (...) ”</p> <p>3” (...) garantir a continuidade de cuidados(...) a doentes com suporte familiar (...) ”</p> <p>4 “ (...) regresso precoce ao domicílio(...) menor custos a nível hospitalar (...) mais camas disponíveis para cuidados agudos (...)”</p>
		<p>ENFERMEIROS</p> <p>1 “ (...) aproximar e integrar os CSH com os cuidados de proximidade CSP (...) aproximar os cuidados de saúde aos doentes (...)”</p> <p>2 “ (...) doentes com necessidades em cuidados de saúde específicas e complexas (...) apoio aos cuidadores (...) cuidados de saúde aos doentes mais dependentes (...) que estejam no domicílio (...)”</p> <p>3 “ (...) continuidade de cuidados de saúde pós alta (...)”</p> <p>4 “ (...) permanecer no domicílio com apoios necessários e adequados (...) e não ocupar uma cama de agudos (...) benéfico para o doente/cuidador e eficiência hospitalar (...)”</p>
		<p>MÉDICOS</p> <p>1 “ (...) prestar apoio num período pós alta (...) apoio na gestão terapêutica (...) apoio de reabilitação (...) ”</p> <p>2 “ (...) promover cuidados de saúde e apoio social a doente que apesar de ter alta clínica (...) têm necessidades de maior acompanhamento pela sua complexidade clínica e dependência (...) ”</p> <p>3 “ (...) garantir a continuidade de cuidados (...) de acordo a sua situação clínica (...)”</p> <p>4 “ (...) menos custos para o hospital com doentes sem critérios de internamento (...) libertar as camas de agudos (...)”</p>

CATEGORIA 2	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
DIVULGAÇÃO DAS ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconhecimento do funcionamento das ECCI. 2. Desconhecimento dos critérios de inclusão e exclusão. 3. Desconhecimento dos profissionais. 	<p>ASSISTENTES SOCIAIS</p> <p>1 “ (...) desconhecimento das tipologias domiciliárias e das suas funções e características (...)”</p> <p>2 “ (...) alguns médicos e enfermeiros não conhecem os critérios de inclusão e exclusão das ECCI (...)”</p> <p>3 “ (...) os médicos fazem as sinalizações por sugestão da restante equipa (...) não avaliam as necessidades clínicas pós alta (...) muitos profissionais nem sabem o que são as ECCI (...)”</p>
		<p>ENFERMEIROS</p> <p>1 “ (...) falta de informação sobre as ECCI existentes na comunidade (...)” não sabemos concretamente que apoio dão aos doentes/cuidadores (...) desconhecemos a realidade da comunidade (...) para nós as ECCI não estão suficientemente divulgadas (...)”</p> <p>2 “ (...) os critérios de inclusão não são lineares (...) a maioria nem conhecem os critérios (...)”</p> <p>3 “ (...) os profissionais dos hospitais não estão muito informados sobre as tipologias domiciliárias (...) conhecíamos apenas as tipologias de internamento (...) existem doentes que vão para casa sem qualquer apoio por falta de conhecimento dos profissionais (...) quando algum doente ou cuidador nos pede informações não sabemos o que responder, são tantas as ECCI que é impossível conhecer cada uma (...)”</p>

CATEGORIA 2	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO
DIVULGAÇÃO DAS ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconhecimento do funcionamento das ECCI. 2. Desconhecimento dos critérios de inclusão e exclusão. 3. Desconhecimento dos profissionais. 	<p>MÉDICOS</p> <p>1 “ (...) não temos conhecimento das características das ECCI existentes (...) desconheço os serviços que prestam e que tipo de apoio as ECCI dão (...) RNCCI está muito mais divulgada nas tipologias de internamento do que nas domiciliárias (...)”</p> <p>2 “ (...) a maior parte não conhece os critérios de inclusão ou exclusão (...)”</p> <p>3 “ (...) falta de informação e conhecimento por parte dos profissionais (CHS) relativamente ao que são as ECCI e quais as suas funções e tipo de apoio que prestam (...) a maioria associa apenas à necessidade de apoios sociais (...)”</p>
		<p>EGA</p> <p>1 “ (...) existe pouca divulgação sobre as ECCI e seu funcionamento (...)”</p> <p>2 “ (...) é necessários clarificar e melhorar os critérios de inclusão e exclusão (...)”</p> <p>3 “ (...) falta de adesão dos profissionais de internamento muito derivado à falta de interesse e pouco conhecimento sobre as tipologias domiciliárias (...) as equipas dos internamentos estão muito centradas na componente aguda da doença mas o paradigma da saúde alterou-se e os profissionais têm que se readaptar à nossa condição (...) doentes com necessidade mais complexas, maior dependência e doenças crónicas (...)”</p>

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
DIFICULDADES NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO		ASSISTENTES SOCIAIS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referências tardias. 2. Demora no tempo de respostas das ECCI. 3. Desconhecimento das características e funcionamento das ECCI. 4. Formação médica/enfermagem. 5. Falta de recursos. 6. Otimização dos critérios de inclusão e exclusão. 7. Assimetrias entre as ECCI. 8. Perceção dos profissionais/familiares envolvidos no processo de sinalização e referência para as ECCI. 	<p>1 “ (...) não existe uma avaliação prévia das necessidades de cuidados (...)as sinalizações para as ECCI dos serviços surgem no dia da alta clínica (...) referências tardias da EGA pela falta de planeamento de altas (...) sinalizações são quase sempre tardias ou no próprio dia da alta (...)”</p> <p>2 “ (...) ECL reúnem em dias específicos por semana isso faz com que aumente a demora na resposta da ECL (...) e o atraso na intervenção das ECCI (...) existem hiatos entre as referências para as ECCI e o início dos cuidados prestados (...) ”</p> <p>3 “ (...) em alguns serviços as equipas não têm conhecimento sobre as ECCI (...)”</p> <p>4 “ (...) as equipas médicas não têm formação na área de cuidados continuados mas sim cuidados agudos (...) na prática estão mais centrados em dar altas (...) pois não têm critérios para estarem internados em contexto de agudos (...) equipas nos internamentos muito formadas em cuidados agudos mas pouco sensíveis a cuidados pós alta e integração de cuidados entre os CSP e CSH (...)”</p> <p>5 “ (...) falta de administrativos no serviço social e falta de recursos materiais (fotocopiadoras, digitalizadores e até mesmo gabinetes para receber a família) (...)”</p> <p>6 “ (...) outra dificuldade são os critérios de exclusão (...) doentes que não têm cuidadores e vivem sozinhos (...) os doentes mais vulneráveis a nível social e familiar não dispõem do mesmo acesso aos cuidados de saúde e sociais (...)”</p> <p>7 “ (...) Discrepâncias entre as ECCI e o facto de não terem uma constituição uniforme (...) existem assimetrias entre as próprias ECCI que dificulta a continuidade de cuidados e nos condiciona muitas vezes as sinalizações e referências para as ECCI (...)”</p> <p>8 “ (...) consideram que as referências às ECCI ou mesmo RNCCI é protelar uma alta (...) alguns recusam a fazer as sinalizações (...)”</p>

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
DIFICULDADES NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO ÀS ECCI		ENFERMEIROS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias. 2. Demora no tempo de respostas das ECCI. 3. Desconhecimento das características e funcionamento das ECCI. 4. Formação médica/enfermagem. 5. Falta de recursos. 6. Otimização dos critérios de inclusão e exclusão. 7. Assimetrias entre as ECCI. 8. Perceção dos profissionais/familiares envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI. 	<p>1 “ (...) ainda não temos uma avaliação precoce das necessidades pós alta (...) não existe planeamento de alta em tempo útil por todos os profissionais envolvidos (...) não conhecemos bem o contexto familiar (...) muitas vezes só no dia da alta é que a família nos pede apoio ou comunica que não tem condições (...)”</p> <p>2 “ (...) por vezes as ECCI demoram muito tempo a dar uma resposta efetiva, temos situações que demoraram mais de uma semana desde a alta hospitalar (...)”</p> <p>3 “ (...) os profissionais de saúde não estão informados sobre as ECCI (...) só conhecíamos as tipologias de internamento desconhecíamos das tipologias domiciliárias (...) as ECCI ainda não estão suficientemente divulgadas na população nem sequer nos profissionais de saúde (...)”</p> <p>4 “ (...) desconhecia a tipologia domiciliária só conhecia a RNCCI com tipologias de internamento (...) nunca tivemos formação nesta área de cuidados continuados integrados (...)”</p> <p>5 “ (...) o trabalho é tanto que não despendemos tempo nessas questões (...) surgem sempre situações mais prioritárias e urgentes para resolver (...) os elementos da EGA são poucos para tantas solicitações (...)”</p> <p>6 “ (...) maior definição e clareza nos critérios de inclusão (...)”</p> <p>7 “ (...) os critérios e acesso não podem variar de ECCI para ECCI (...) muitas vezes opta-se por tipologias de internamento porque nas ECCI (...) não engloba reabilitação (...) e o doente não deverá ser impedido de ter acesso a cuidados de saúde e reabilitação (...)”</p> <p>8 “ (...) a ideia das ECCI é boa, mas estará ajustada às características da população em geral ? (...) existem menos cuidadores informais ou famílias que consigam ficar com os doentes mais dependente e em situações frágeis (...) não existe qualquer tipo de apoio, benefícios fiscais ou subsídios para os cuidadores (...) achamos</p>

		<p>que o HFF cada vez mais referencia para as ECCI mas não garanto que não haja doentes que vão para casa sem qualquer tipo de apoio por falta de conhecimento dos profissionais dos hospitais (...) alguns familiares ficam aliviados e sentem-se seguros com o apoio das ECCI (...) outros ficam inseguros e confundem as ECCI com os cuidados continuados dos cuidados primários (...) alguns familiares queixam-se sobre a disponibilidade dessas equipas (...) os profissionais dos hospitais desconhecem totalmente a realidade existente na comunidade (...) sinto que muitas vezes criamos expectativas erradas nos doentes e familiares (...)”</p>
--	--	---

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
DIFICULDADES NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO ÀS ECCI		MÉDICOS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias. 2. Demora no tempo de respostas das ECCI. 3. Desconhecimento das características e funcionamento das ECCI. 4. Formação médica/enfermagem. 5. Falta de recursos. 6. Otimização dos critérios de inclusão e exclusão. 7. Assimetrias entre as ECCI. 8. Perceção dos profissionais/familiares envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI. 	<p>1 “ (...) não existe um planeamento atempado da alta, os doentes saem muitas vezes sem a garantia que vão ser efetivamente aceites pelas ECL (...)fazem-se sinalizações e referenciações muito tardiamente ou mesmo no dia da alta clínica (...)”</p> <p>2 “ (...) nas consultas deparamo-nos com doentes que ainda não tiveram contato com as ECCI, existe um atraso na resposta das ECCI (...)”</p> <p>3 “ (...) não sabemos quais os profissionais que constituem essas equipas, qual o tipo de apoio que irão prestar e qual a sua frequência (...) os médicos desconhecem as características das ECCI (...)”</p> <p>4 “ (...) na nossa formação académica nunca nos introduziram o tema da RNCCI nem das ECCI nem quando viemos para este hospital (...) formar as equipas de internamento sobre a RNCCI (...) começar a introduzir nas faculdades a temática de cuidados continuados ou mesmo nos hospitais (...) a nossa formação académica e médica de especialidade é muito deficitária em termos de cuidados de longa duração (...) somos treinados para lidar com situações agudas, urgentes e emergentes (...) a nossa formação é mais na área de execução de técnica, diagnóstico, doentes tratados e artigos científicos não há lugar para os cuidados pós contexto agudo (...)”</p> <p>5 “ (...) os recursos humanos são poucos nos serviços de internamento e principalmente na EGA (...) a EGA não consegue dar apoio a todos os serviços de internamento (...)”</p> <p>6 “ (...) a maior parte dos médicos não conhece os critérios de inclusão ou exclusão para as ECCI (...)”</p> <p>7 “ (...) preocupa-nos a questão do acesso e garantia de cuidados após alta hospital, uma vez que as equipas não dispõem dos mesmos recursos (...)muitas vezes opta-se por tipologias de internamento porque nas ECCI da área (...) não dispõem de reabilitação (...) e o doente não deverá ser impedido de ter acesso a cuidados de</p>

		<p>saúde e reabilitação (...) existem características díspares e discrepâncias entre as próprias ECCI (...)”</p> <p>8 “ (...) As ECCI ainda não estão suficientemente divulgadas entre os profissionais e doentes/famílias (...) desconheço algum tipo de avaliação e auditorias a essas equipes (...) não sabemos ao certo o que fazem e se o fazem bem com qualidade e com ganhos efetivos em saúde (...) a realidade ficou aquém das expectativas que se criaram em torno das ECCI (...) existe ainda muita renitência e desconfiança por parte dos familiares (...) achávamos que o apoio no domicílio fosse mais atempado e célere (...) as nossas expectativas são diferentes da realidade (...) são referenciados por serem doentes complexos e com maiores necessidades depois somos confrontados com familiares que nos ligam a dizer que não foram vistos ou reavaliados por nenhum médico (...) os familiares continuam a confundir as ECCI com os cuidados continuados dos centros de saúde e USF (...) por desconhecerem ou confundirem as equipes recusam essas equipes por receio ou dúvidas dos apoio que irão prestar (...) a maioria dos familiares desconhece estas equipes (...) os familiares sentem-se desacompanhados e consideram os cuidados insuficientes (...) existe ainda na mentalidade dos médicos que a RNCCI e ECCI protela alta ou aumenta a demora média hospitalar (...) ”.</p>
--	--	---

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
DIFICULDADES NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO ÀS ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de planeamento de alta, sinalizações e referenciações tardias. 2. Demora no tempo de respostas das ECCI. 3. Desconhecimento das características e funcionamento das ECCI. 4. Formação médica/enfermagem. 5. Falta de recursos. 6. Otimização dos critérios de inclusão e exclusão. 7. Assimetrias entre as ECCI. 8. Perceção dos profissionais/familiares envolvidos no processo de sinalização e referenciação para as ECCI. 	<p>EGA</p> <p>1 “ (...) a maioria dos serviços sinaliza tardiamente o que atrasa todo o processo de referenciação para as ECCI e posteriormente a resposta aos doentes/familiares (...) o planeamento de alta é um pilar basilar para o circuito e fluxo das sinalizações e referenciações mas não existe nos serviços (...)”</p> <p>2 “ (...) é determinante agilizar o tempo de resposta das ECCI, é da responsabilidade das ECL refletirem sobre este constrangimento (...)”</p> <p>3 “ (...) é fundamental que exista uma maior definição das características das próprias ECCI (...)”</p> <p>4 “ (...) na grande maioria os médicos e enfermeiros não têm formação para avaliar as necessidades na área de reabilitação (...)”</p> <p>5 “ (...) as ECCI não têm recursos humanos suficientes para os fins de semana (...) A EGA não tem recursos humanos suficientes para ir a todos os serviços de internamento e conhecer os doentes, o seu contexto clínico e social (...) deveria haver uma retriagem dos doentes para as ECCI mas não conseguimos avaliar os doentes que são sinalizados pelos serviços no momento próximo da alta não temos recursos humanos desta forma evitaríamos as sinalizações e referenciações sem critérios (...)”</p> <p>6 “ (...) qual o tipo de doente que reencaminhamos para as ECCI ou para cuidados continuados da comunidade (...) não há uma definição explícita da própria RNCCI onde constem os critérios de forma inequívoca e transparente (...) dizem que estamos a referenciar muitos doentes que muitas vezes não têm critérios para ECCI mas sim cuidados continuados (...) é preciso afinar e alinhar os critérios estamos numa fase de melhoria dos processos (...) é fundamental que exista uma maior definição de procedimentos e critérios de inclusão e exclusão e quais os cuidados que podem ser assegurados pelos cuidados continuados dos CSP (..) já houve situações que não foram sinalizados ou referenciados para as ECCI porque não tinham</p>

		<p><i>cuidadores (...) os critérios de exclusão são difíceis de gerir pois muitos doentes vivem sozinhos e não têm cuidadores (...)”</i></p> <p><i>7“ (...) assimetrias grandes entre as ECCI do concelho de Amadora e Sintra (...) uniformizar todas as ECCI de forma a que todas promovam o mesmo tipo de assistência e cuidados (...) todos os doentes tenham o mesmo acesso e qualidade nos cuidados (...)”</i></p> <p><i>8 “ (...) os profissionais não aderem por falta de formação, falta de interesse e porque não compreendem a real importância desta temática tanto para a continuidade dos cuidados e qualidade para os doentes/familiars como para a eficiência hospitalar (...) notamos que os médicos e enfermeiros estão mais sensíveis para as sinalizações às ECCI (...) questionam-nos mais estamos a conquistar algum terreno (...) os cuidados continuados integrados ainda não são compreendidos com um direito dos doentes e um dever nosso enquanto profissionais de assegurar uma continuidade de cuidados mesmo após sair da instituição (...) para a comunidade as ECCI são os centros de saúde e USF (...) os familiares ainda se sentem abandonados na comunidade e desamparados (...)”</i></p>
--	--	--

CATEGORIA 4	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
MELHORIA NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO ÀS ECCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formação 2. Sistema Informático 3. Equipas treinadas 4. Comunicação 5. Apoio na tomada de decisão 6. Metodologia de trabalho 	<p>ASSISTENTES SOCIAIS</p> <p>1 “ (...) mais formação na área (...) mais divulgação da RNCCI(...) ”</p> <p>3 “ (...) equipas responsáveis nos serviços pelas sinalizações (...) elementos nos serviços responsáveis pelo planeamento de alta (...) reuniões semanais com as equipas de internamento e EGA (...) ”</p> <p>4” (...) fundamental a comunicação entre a EGA, as ECCI e ECL, comunicações alternativas mais próximas (...) ”</p>
		<p>ENFERMEIROS</p> <p>1 “ (...) mais formação na área da RNCCI e ECCI de cariz obrigatório (...) ”</p> <p>2“ (...) melhorar o processo informático e torná-lo mais fácil para se proceder a uma avaliação de planeamento de alta (...) ”</p> <p>3 “ (...) os serviço deviam ter elementos de referência da EGA, responsáveis pelas sinalizações e referenciações (...) maior adesão dos profissionais (...) ”</p> <p>4 “ (...) Melhorar a comunicação entre os profissionais (...) ”</p> <p>5 “ (...) um sistema informático que reúna as várias informações e nos alerte para situações de maior complexidade e risco (...) ”</p> <p>6 “ (...) método de trabalho por enfermeiro responsável (...) para existir uma maior responsabilização ao longo de todo o internamento (...) ”</p>

CATEGORIA 4	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
MELHORIA NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO E REFERENCIAÇÃO ÀS ECCI	1. Formação 2. Sistema Informático 3. Equipas treinadas 4. Comunicação 5. Apoio na tomada de decisão 6. Metodologia de trabalho	Médicos 1 “ (...) apostar na formação dos profissionais para um trabalho integrado e em rede entre os CHS e CSP (...) formações obrigatórias na admissão deste hospital (...) formar as equipas sobre a RNCCI 2 “ (...) sistema informático distanciou as pessoas (...) 3 “ (...) reuniões multidisciplinares e uma equipa nos serviços responsável e um maior acompanhamento da EGA (...) a EGA deveria ser mais interventiva e presente nos serviços (...) equipas treinadas e formadas desempenham melhor as suas funções (...) 4 “ (...) a comunicação entre os profissionais não é eficaz (...)
		EGA 1 “ (...) mais formação e mais informação disponível a todos os profissionais envolvidos e em todos os serviços de internamento (...)” 2 “ (...) processo eletrónico (SOARIAN) a informação está muito dispersa e difícil reunir a informação toda para introduzir na plataforma (...)” 3 “ (...) equipas formadas e direcionadas para o planeamento de alta (...) criar um grupo de trabalho de confiança, partilha de responsabilidade e consenso nas decisões (...) reuniões semanais em todos os serviços com os profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, EGA) (...)” 4 “ (...) melhorar a comunicação entre todos os envolvidos no processo de sinalização e referenciação (...) encontra-se muita informação incoerente e díspar entre os profissionais (...)” 5 “ (...) sistema de tecnologia e informação mais prático e mais acessível e prático para a tomada de decisão (...)” 6 “ (...) melhorava o desvio dos doentes dos cuidados hospitalares/agudos ou camas de retaguarda se fosse possível os doentes serem referenciados para as ECCI até aguardar vaga de internamento (...)”